

Accord du 28 octobre 2021
relatif au régime de complémentaire santé

NOR : ASET2151117M

IDCC : 1588

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

FNSCHLM,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT SP ;

CFDT FNCB ;

SNUHAB CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

En 2018, la thématique prévoyance et complémentaire santé avait été inscrite à l'agenda social des négociations de la branche des sociétés coopératives d'HLM au même titre que l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et le déplacement professionnel.

Un appel d'offres a été lancé par la suite pour l'accompagnement des partenaires sociaux dans la démarche. Le cabinet d'actuaire retenu en 2019 a d'abord conduit une étude d'amélioration des connaissances sur les pratiques en matière de garanties de protection sociale (financement et prestations) des Coop'HLM.

À l'issue de cette 1^{re} étude, les partenaires sociaux de la branche des sociétés coopératives d'HLM ont souhaité mettre en place un régime de protection sociale complémentaire mutualisé au bénéfice des adhérents et des sociétés ayant le statut de membres associés de la fédération des Coop'HLM dans l'objectif de bénéficier de niveaux de garanties intéressants et de tarifs attractifs.

Un appel d'offres a ainsi été organisé pour mettre en concurrence les organismes assureurs en vue de la recommandation pour les garanties prévoyances et frais de santé conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et en respect des règles encadrant la commande publique, notamment la procédure d'appel d'offres ouvert prévue aux articles L. 2124-2 et R. 2161-2, R. 2161-3, R. 2161-4 et R. 2161-5 du code de la commande publique. La fédération des coop'HLM a été désignée en tant que pouvoir adjudicateur.

À l'issue de l'analyse de l'offre et de la restitution des documents d'analyse en commission paritaire des Coop'HLM par le cabinet d'actuaire, et au regard du classement des offres par les critères de notation définis dans le cadre des documents du marché, les partenaires sociaux ont été consultés en date du 7 octobre 2021 et ont donné un avis favorable à l'attribution du marché en ses deux lots prévoyance et frais de santé au groupe Prodigéo assurances.

Les partenaires sociaux se sont donc réunis afin d'envisager la mise en place d'un régime de complémentaire santé obligatoire (ci-après le régime de complémentaire santé).

L'objectif poursuivi par les partenaires sociaux a été notamment :

- de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche à une couverture collective en matière de frais de santé, sans considération notamment d'âge ou d'état de santé ;
- d'organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur recommandé, après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence ;
- de mettre en place un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tout en respectant les conditions des articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;
- d'instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité à travers notamment le financement de prestations d'action sociale ;
- d'assurer un bon équilibre à long terme du régime de complémentaire santé.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé obligatoire dans les conditions ci-après définies :

Article 1^{er} | Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de frais de santé, en complément d'un régime de sécurité sociale obligatoire.

L'objectif est de permettre aux sociétés coopératives d'HLM (les Coop'HLM), dont la majorité sont des TPE/PME, de bénéficier d'un dispositif attractif. En effet, en 2020^[1] on recensait 51 % des Coop'HLM avec moins de 11 salariées et 36 % entre 11 et 49 salariées.

Dans ces circonstances, le niveau de la branche professionnelle permet d'engager des négociations portant sur l'ensemble des salariés dans le champ d'application de la branche, plus de 3000 salariés en 2020^[1], et ainsi de parvenir à négocier un niveau de garantie et de tarification qui soit plus intéressant que peut l'être la négociation au niveau de chaque entreprise.

Les partenaires sociaux ont souhaité recommander un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des risques précités.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives auprès de l'organisme assureur choisi. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

Article 2 | Champ d'application

Le présent accord s'applique aux employeurs et aux salariés de l'ensemble des entreprises appliquant la convention collective des sociétés coopératives d'HLM conformément à l'article 1^{er} de la convention collective précitée et aux adhérents et sociétés ayant le statut de membres associés de la Fédération des Coop'HLM conformément à l'article 1^{er} bis de la convention collective.

[1] Source : le rapport d'activité 2020 « Coopér'actives ! »

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail étant donné la taille des entreprises concernées par l'accord.

Article 3 | Salariés bénéficiaires

Article 3.1 | Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés des sociétés coopératives d'HLM ou des membres associés, relevant du présent accord, sans condition d'ancienneté.

Article 3.2 | Suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire (total ou partiel) ou perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire de l'assureur, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension. Leur financement est assuré aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux salariés dans l'entreprise.

En cas de suspension du contrat de travail pour cause d'activité partielle, les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré par le versement du montant forfaitaire de la cotisation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail avec perception d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (hors situation d'activité partielle), les garanties sont maintenues pendant toute la période de la suspension, leur financement étant assuré par le versement du montant forfaitaire de la cotisation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire ou sans perception d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise adhérente, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisation pendant les 30 premiers jours de la suspension (dans la limite de 90 jours par exercice civil, toutes périodes de suspension confondues). Au-delà, les garanties sont interrompues.

Les salariés pourront demander au-delà des périodes ci-dessus (30 et 90 jours) la poursuite du maintien de leurs garanties pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation correspondante en totalité (part patronale et part salariale).

L'organisme assureur devra mettre en place un appel individuel de cotisations auprès du salarié.

Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs. Elle suivra les mêmes évolutions, le cas échéant.

Article 3.3 | Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Par dérogation au caractère obligatoire, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7 III 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au présent régime de complémentaire santé :

- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à trois mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;
- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
 - les salariés bénéficiant de la couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
 - les salariés bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit au titre de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des IEG ;
 - mutuelles de la fonction publique ;
 - Madelin.

En outre, les employeurs pourront définir des dispenses supplémentaires en application de l'article R. 242-1-6 a), b) et c) du code de la sécurité sociale.

Dans ce dernier cas, les employeurs devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime de complémentaire santé dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées ci-dessus et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée avant le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

Article 3.4 | Couverture facultative des ayants droit

Au-delà du présent régime de complémentaire santé, les employeurs peuvent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants-droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Les entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord ont également la faculté de prévoir l'extension aux ayants droit de manière obligatoire, sous réserve de le formaliser par un

acte juridique au sens de l'article L. 911-1 du code la sécurité sociale. Dans ce cas, les ayants-droits ont la possibilité, d'être dispensé de l'adhésion, pour leur compte, en application de l'arrêté des dispositions du 26 mars 2012, lorsqu'ils bénéficient déjà de l'un des dispositifs suivants :

- couverture collective et obligatoire d'entreprise ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire des IEG ;
- mutuelles de la fonction publique ;
- loi Madelin (couverture complémentaire santé responsable des travailleurs non-salariés : commerçants, artisans ou professions libérales).

On entend par ayant-droit du salarié :

■ Le conjoint du salarié

Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- l'époux (se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins un an ou sans condition de durée lorsqu'au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

■ Les ayants-droits

Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin) :
 - jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - quel que soit leur âge, (avec ou sans poursuite d'études), si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), avant son 28^e anniversaire
- les ascendants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner : les ascendants (père et ou mère) du salarié et ceux de son conjoint à leur charge, c'est-à-dire l'ascendant vivant de façon permanente au domicile du salarié (ou à charge fiscale).

Article 3.5 | *Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage*

Les salariés garantis collectivement au titre du régime de complémentaire santé, bénéficient du maintien à titre gratuit – c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces garanties en cas

de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

- le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien temporaire est applicable dans les mêmes conditions aux ayants-droits du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

Les modalités d'application de ce dispositif de portabilité des droits sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 3.6 | *Maintien à l'identique des garanties du régime de complémentaire santé. Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin »*

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Évin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement ses ayants-droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visé au 3.5.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de six mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au 3.5.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale d'un an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et du paiement de la cotisation correspondante.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couver-

ture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au 3.5 ou du décès du salarié.

La cotisation sera, au titre du maintien des garanties de l'article 4 de la loi « Évin », intégralement à la charge de l'ancien salarié ou de l'ayant-droit du salarié décédé.

Article 4 | Financement

Article 4.1 | Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé et destinées à couvrir le seul salarié sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2021, à 3 428 €. Il est modifié chaque année par voie réglementaire.

Article 4.2 | Taux et répartition des cotisations

Le taux de cotisation du régime de complémentaire santé est réparti à 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié.

En application du principe de faveur, chaque employeur reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Les cotisations TTC servant au financement du régime complémentaire santé obligatoire couvrant le seul salarié sont fixées comme suit :

Régime général	
Salarié seul	1.45 %
En % du PMSS	
Régime local d'Alsace-Moselle	
Salarié seul	0,99 %
En % du PMSS	

Les sociétés non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront au minimum financer leur régime à hauteur de 50 %.

Article 4.3 | Évolution ultérieure de la cotisation

Toute évolution des cotisations fixées à l'article 4.2 liée à la sinistralité du régime (en cas de résultats déficitaires ou excédentaires) ou à toute évolution législative, fera l'objet d'une négociation afin de décider notamment des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime. Toute modification sera formalisée par avenant au présent accord.

Article 5 | Prestations garanties

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » sont détaillées en annexe au présent accord.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les employeurs peuvent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option ».

Les prestations garanties de l'option sont détaillées en annexe.

Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé. Les employeurs pourront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative : dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire : dans ce dernier cas, les employeurs devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

Article 5.1 | *Tableau des prestations garanties*

Les prestations garanties prévues dans le cadre du contrat souscrit avec l'organisme assureur recommandé sont définies en annexe.

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et aux dispositions des décrets pris pour son application.

Toute modification législative ou réglementaire en la matière sera automatiquement répercutée par voie d'avenant au présent accord, de telle sorte que le régime de complémentaire santé reste conforme aux règles fixées par l'article L. 871-1 précité et les textes pris en application de ces dispositions.

Les sociétés non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront, en tout état de cause, mettre en place un régime de complémentaire santé à hauteur des garanties minimales instituées par le présent accord.

Article 5.2 | *Prestations non contributives*

Les parties décident d'affecter 2 % de la cotisation du régime de complémentaire santé au financement de prestations d'action sociale.

Dans ce cadre, il est instauré un fonds de solidarité piloté par la commission paritaire, destiné à financer des prestations à caractère non directement contributif prenant la forme de prestations d'action sociale et/ou d'actions de prévention individuelles et/ou collectives présentant un degré élevé de solidarité, dans les conditions définies par l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée par l'organisme assureur, via le fonds de solidarité dont le fonctionnement est défini par un règlement établi entre l'organisme assureur recommandé et la commission paritaire.

Article 5.3 | *Mise en œuvre des prestations non contributives pour les sociétés non adhérentes*

Les entreprises non adhérentes à l'organisme assureur recommandé devront permettre à leurs salariés de bénéficier d'une action sociale.

Article 6 | *Suivi du régime de complémentaire santé*

Le régime de complémentaire santé est piloté par la commission paritaire, dont sont membres la fédération patronale des Coop'HLM et les organisations de salariés signataires de la convention collective nationale des sociétés coopératives d'HLM, dans les conditions ci-après définies.

Article 6.1 | *Rôle et compétences*

Cette commission a notamment pour missions :

- d'étudier, chaque année, les documents, rapports financiers et analyses commentées, établis et communiqués par l'organisme assureur recommandé ;
- de veiller au bon équilibre du régime de frais de santé complémentaire ;
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime en cas de résultats déficitaires ou excédentaires, ou en cas de hausse de la cotisation totale suite par exemple à un changement de législation et de proposer toutes mesures, préventives ou correctrices, pour améliorer les résultats du contrat de garanties collectives et enrayer tout risque de déficit structurel ;
- de proposer et étudier toutes modifications corrélatives au présent accord et au contrat de garanties collectives.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole technique et financier.

Article 6.2 | *Composition*

La commission paritaire de suivi du régime est composée de :

- deux représentants désignés par chaque organisation syndicale de salariés signataire dans le champ d'application du présent accord ;
- un nombre de représentants des employeurs égal à celui des représentants des salariés désignés.

Article 7 | *Organisme assureur recommandé*

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux sociétés entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé ;

■ Prodigéo assurances, entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est situé 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation et notamment le choix de l'organisme recommandé sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 4 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront à minima 6 mois avant l'échéance.

Article 8 | *Entrée en vigueur. Durée de l'accord. Dépôt*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi.

Article 9 | *Révision*

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérent au présent accord pourra demander à tout moment la révision du présent accord.

La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer.

La commission paritaire se réunira pour étudier les propositions de modifications dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de la demande de révision.

En tout état de cause, les modifications devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient.

Article 10 | Dénonciation

La dénonciation du présent accord peut intervenir à tout moment sous réserve d'un préavis de trois mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

La commission paritaire se réunira alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Fait à Paris, le 28 octobre 2021.

(Suivent les signatures.)

Annexe Prestations santé

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Régime de base	Régime de base + option
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	250% BR	500% BR
Honoraires signataire Optam/Optam CO	300% BR	400% BR
Honoraires non signataire Optam/Optam CO	200% BR	200% BR
Chambre particulière	85 €	120 €
Forfait hospitalier	100% FR	100% FR
Lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans, ou ascendant à charge fiscale, dans ce dernier cas maxi 30 jours par an)	43 €	60 €
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité, chambre particulière et forfait de 350 € voir ci-dessous	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité, chambre particulière et forfait de 500 € voir ci-dessous
Transport sanitaire	100% BR	100% BR
Frais médicaux de ville		
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste Optam	150% BR	220% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de généraliste non Optam	130% BR	200% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste signataire Optam/Optam CO	170% BR	270% BR
Consultation, consultation en ligne, visite de spécialiste non signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie signataire Optam/Optam CO	170% BR	270% BR
Actes de spécialité, acte de petite chirurgie non signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR
Radiologie, ostéodensitométrie signataire Optam/Optam CO	170% BR	270% BR
Radiologie, ostéodensitométrie non signataire Optam/Optam CO	150% BR	180% BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	150% BR	200% BR
Frais d'analyses et de laboratoire	150% BR	200% BR
Cas de la maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité	Complément aux prestations en nature de l'assurance maternité
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR
Frais pharmaceutique (y compris médicaments remboursés à 15% par Séc Soc, et substituts nicotiniques remboursés à 65% par Séc Soc)	100% BR	100% BR

Dentaire	Régime de base	Régime de base + option
Soins et prothèses dentaires 100% Santé (1)		
Inlay core	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Panier maîtrisé (2)		
Inlay, onlay	370% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation	500% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder les Honoraires Limites de Facturation
Inlay core		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Panier libre (3)		
Inlay, onlay pris en charge par Séc Soc	370% BR	500% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Séc Soc	370% BR	500% BR
Inlay core pris en charge par Séc Soc	370% BR	500% BR
Soins dentaires	170% BR	270% BR
Parodontologie remboursée Séc Soc	170% BR	500% BR
Orthodontie prise en charge par Séc Soc	300% BR	500% BR

Optique	Régime de base	Régime de base + option
<p>Equipement optique (1 monture + 2 verres)</p> <p>Le remboursement est limité à un équipement optique tous les deux ans par bénéficiaire. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les enfants de moins de 16 ans ou, quel que soit l'âge, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.</p>	<p>Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale</p>	<p>Le régime respecte les plafonds des contrats responsables en classe B, qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale</p>
Optique adulte/enfant - équipement de classe A - 100% Santé		
Equipements optique 100% Santé (4) : monture et/ou verres de classe A pour adulte et/ou enfant	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale, sans que le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le Prix Limite de Vente
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)		
Optique adulte/enfant - équipement de classe B au tarif libre (5)		
Monture + deux verres simples	260 €	350 €
Monture + deux verres complexes	400 €	500 €
Monture + deux verres très complexes	500 €	600 €
Monture + un verre simple et un verre complexe	330 €	425 €
Monture + un verre simple et un verre très complexe	380 €	475 €
Monture + un verre complexe et un verre très complexe	450 €	550 €
Prestation d'appairage pour des verres de classe B d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Optique adulte/enfant		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme/ système antiplois / verres iséïconiques)	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente	100% BR sans que ce remboursement ne puisse excéder 100% des Prix Limites de Vente
Lentilles prises en charge par la Séc Soc	175 € par an + 100% BR	250 € par an + 100% BR
Lentilles non prises en charge par la Séc Soc (par an et par bénéficiaire), y compris les lentilles jetables	175 €	250 €
Prothèses auditives	Régime de base	Régime de base + option
Equipements 100 % Santé (7)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente
Aides auditives pour les personnes jusqu'à 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (8)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	260% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans	350% BR pour une ou deux prothèses sur une période de quatre ans. Le remboursement total de l'assureur et de la Sécurité Sociale ne peut excéder 1 700 € par prothèse sur une période de quatre ans
Aides auditives pour les personnes jusqu'à 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Piles remboursées par la Sécurité Sociale (9)	100% BR	100% BR
Autres postes	Régime de base	Régime de base + option
Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaire, auditive et optique	200% BR	350% BR
Grand appareillage, dont fauteuil roulant	300% BR	500% BR
Forfait maternité ou adoption enfant mineur	350 €	500 €
Cures thermales	200% BR	350% BR
Assistance	Oui, prévoyant au moins une aide à domicile suite à hospitalisation	Oui, prévoyant au moins une aide à domicile suite à hospitalisation
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement Séc Soc	370% BR reconstituée	500% BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par Séc Soc (par an)	300 €	400 €
Orthodontie non remboursée par Séc Soc	300% BR reconstituée	400% BR reconstituée
Implant dentaire (scanner - pose - pilier)	Max 500 € (maxi un par an)	Max 500 € (maxi trois par an)
Médicaments homéopathiques sur prescription médicale	50% des frais réels dans la limite de 50 € par an	50% des frais réels dans la limite de 100 € par an
Contraceptifs prescrits médicalement mais non remboursés par Séc Soc	Maxi 50 €/an	Maxi 50 €/an
Vaccins et analyses non remboursés	50% des frais réels dans la limite de 50 € par an	50% des frais réels dans la limite de 100 € par an
Médecine douce	Cinq spécialités : Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe, Diététicien, Podologue, le tout maxi par an de 150 €	Huit spécialités (dont les cinq ci-contre, plus trois à décider) le tout maxi par an de 240 €
Chirurgie optique réfractive, par œil	500 €	800 €
Assistance à la procréation	150 € par an	150 € par an
Chirurgie hors nomenclature, non remboursée par la Sécurité Sociale sur avis du médecin conseil de l'organisme assureur	50% des frais réels dans la limite de 4% du PMSS par an, sans que le remboursement ne puisse excéder 200% de la BR reconstituée	50% des frais réels dans la limite de 10% du PMSS par an, sans que le remboursement ne puisse excéder 200% de la BR reconstituée

Garanties conventionnelles frais de santé ensemble du personnel	Régime de base	Régime de base + option
Actes de prévention selon contrat responsable		
Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.		
1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.	100% BR	100% BR
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).	100% BR	100% BR
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.	100% BR	100% BR
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).	100% BR	100% BR
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).	100% BR	100% BR
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.	100% BR	100% BR
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.	100% BR	100% BR

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Classe de verres	Cas selon article R871-2 CSS
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simplex	a
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexes	c
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simplex	a
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simplex	a
		SPH > 0 et S > + 6	Complexes	c
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexes	c
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexes	c
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexes	c
		SPH < à -4 ou > à + 4	Très complexes	f
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexes	c
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexes	c
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Très complexes	f
		SPH > 0 et S > + 8	Très complexes	f
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Très complexes	f

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Mise en conformité avec le 100% Santé

- (1) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100% Santé, tels que définis réglementairement
- (2) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement
- (3) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement
- (4) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
- (5) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement. Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes, soit de verres appartenant à des classes (A ou B) différentes et d'une monture de classe A ou B. Le respect du plafond par équipement mentionné par le décret n° 2019 - 21 du 11.01.2019 tient compte en cas de panachage des éventuelles dépenses liées aux prestations d'appairage et au supplément des verres avec filtre, pour les verres de classe A, au titre du panier 100 % santé.
- (6) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans
- (7) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement
- (8) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.
- (9) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.