

Avenant n° 7 du 18 novembre 2021

à l'accord du 19 octobre 2011
relatif au régime de prévoyance et de santé

NOR : ASET2151278M

IDCC : 1512

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

FPI,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

FEC FO ;

SNUHAB CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation ont souhaité prolonger d'une année supplémentaire l'application des taux d'appel de cotisation des régimes frais de santé et prévoyance conformément aux dispositions de l'article 1^{er}.

Article 1^{er} | Prolongation des taux d'appel de cotisations santé et prévoyance

Le présent avenant reconduit à l'identique l'application des taux d'appel de cotisations tels que définis à l'article 4.5 « Taux d'appel » de l'accord de branche du 19 octobre 2011 pour une année.

Les taux d'appel maintenus sont ceux qui ont été fixés par l'avenant n° 4 du 9 juillet 2018. Ils étaient applicables jusqu'au 31 décembre 2019, puis reconduits par l'avenant n° 5 du 22 novembre 2019 jusqu'au 31 décembre 2020 et enfin, reconduits par l'avenant n° 6 du 22 décembre 2020, jusqu'au 31 décembre 2021.

Ils sont donc reconduits pour une année supplémentaire soit pour la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022.

Au-delà de cette période, soit à compter du 1^{er} janvier 2023, à défaut de signature d'un nouvel avenant, les cotisations prévoyance et santé seront appelées sur la base de 100 % des taux contractuels.

Les autres dispositions de l'article 4.5, restent inchangées.

Article 2 | Suspension du contrat de travail et maintien des garanties prévoyance santé

L'article 3.4 intitulé « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail » est modifié comme suit :

« Les garanties de prévoyance et de frais de santé prévues par le présent régime sont suspendues en cas de suspension du contrat de travail de l'assuré.

Toutefois, les garanties sont maintenues moyennant paiement des cotisations, à l'assuré :

- dont le contrat de travail est suspendu pour congé ou absence, dès lors que pendant cette période il bénéficie d'une rémunération partielle ou totale de l'employeur ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou encore d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (notamment, en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de congé rémunéré) ;
- dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident dès lors qu'il bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la sécurité sociale.

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties en prévoyance, la base de calcul des cotisations et des prestations de prévoyance est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Lorsque le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération ni indemnisation, les garanties sont suspendues. Il en est ainsi notamment pour le congé sabbatique, le congé pour création d'entreprise, le congé parental d'éducation. »

Article 3 | Modification de l'intitulé des tranches de salaire dans le régime de prévoyance

Les intitulés des tranches de cotisation sont remplacés conformément à l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par le décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021.

TA remplacé par : tranche inférieur ou égale à 1 plafond annuel sécurité sociale (PASS).

TB remplacé par : tranche supérieure à 1 PASS et inférieure ou égale à 4 PASS.

TC remplacé par : tranche supérieure à 4 PASS et inférieure ou égale à 8 PASS.

Sont notamment concernés : l'article 4.1, intitulé « Taux des cotisations du régime de prévoyance » ; l'article 4.5 intitulé « Taux d'appel du régime de prévoyance » et l'article 5.1.1 consacré à la définition du salaire de référence ainsi que les tableaux de garanties annexés aux accords qui comporteraient ces mentions.

Article 4 | Tableau des garanties frais de santé. Contrat responsable

L'article 6.4 de l'accord du 19 octobre 2011 relatif au régime frais de santé est modifié comme suit :

« Le tableau de garanties frais de santé précise le détail des règles du contrat responsable :

- en optique, renouvellement des équipements en précisant les cas de renouvellement anticipés ;


- en dentaire, pour la prise en charge des prothèses dentaires en distinguant les remboursements liés au 100 % santé, ceux liés aux tarifs maîtrisés et ceux liés aux tarifs libres ;
- la prise en charge de la garantie dentaire intervient dans la limite des honoraires de facturation tels que fixés par la réglementation.


Tableau des garanties au 1^{er} janvier 2020

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.

		BASE conventionnelle Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
H HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour en hospitalisation	
	En établissement conventionné	100% DE limité à 150% BR
	En établissement non conventionné	80% DE limité à 150% BR
	Honoraires dont actes de chirurgie et actes d'anesthésie	
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% DE limité à 150% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné	100% DE limité à 100% BR + TM
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné (2)	80% DE limité à 100% BR + TM
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE
	Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Par nuitée	2% PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	2% PMSS
	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale	
	Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par nuitée	1% PMSS
	Forfait maternité ou adoption plénière (enfant de moins de 10 ans) Par enfant	20% PMSS

 DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé** À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (7)
	Soins Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie remboursés par la SS Inlay-onlay remboursés par la SS Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100% BR 100% BR 5% PMSS
	Prothèses autres que 100 % Santé Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation) dans la limite des prix limites de vente (PLV) Inlay-core à tarifs maîtrisés Couronnes fixes non remboursées par la Sécurité sociale (sur la base d'une prothèse de type couronne)	360% BR 150% BR
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation) Inlay-core à tarifs libres	360% BR 150% BR
	Implantologie Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - 3 implants, par an et par bénéficiaire	30% PMSS
	Orthodontie Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	225% BR
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et les enfants à compter du 16^e anniversaire (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). ▪ 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans révolus. ▪ 1 monture et 2 verres tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie, tous les ans dans tous les autres cas (article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale) 	
 OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)	Équipement 100 % Santé** (classe A)	sans reste à payer (8)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B) Les remboursements s'entendent y compris la Sécurité sociale.	Remboursement selon la grille optique
	Lentilles Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (5) Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (5)	6% PMSS 7% PMSS
	Chirurgie optique réfractive Par œil, par an et par bénéficiaire	15% PMSS

 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	2 800 €
		Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	700 €
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (8)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité**** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	1 700 € 800 €

 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	Chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	90% BR
	Chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR + TM
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	80% BR
	Honoraires paramédicaux		100% BR
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales (dont orthopédiques), hors aides auditives et optique	200% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)	TM
	Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		10% PMSS
	Médicaments		
		Médicaments remboursés à 65%	TM
		Médicaments remboursés à 30%	TM
		Médicaments remboursés à 15%	TM
		Médicaments prescrits hors vaccins, non remboursés par la Sécurité sociale (sur facture détaillée) - par an et par bénéficiaire	
	Médecine additionnelle et de prévention		
	Non remboursée par la Sécurité sociale		
		Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	30 €
		Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien, pour un enfant de moins de 12 ans	30 €
		Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale prescrit par un médecin - par an et par bénéficiaire	100 €
		Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale prescrits sur ordonnance par un médecin - par an et par bénéficiaire	5% PMSS
		Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans - par an et par bénéficiaire	50 €
	Actes de prévention du contrat responsable		TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3428 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Les options de la classe A (100% santé) et de la classe B (tarifs libres) sont fixées par la réglementation.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- (3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (5) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
- (6) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis par la réglementation générale.
- (8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis par la réglementation.

			Remboursement enfant < 16 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Monture			100,00 €	100,00 €
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Montant en € par verre	
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	97,00	145,00
		sphère < à -6 ou > + 6	161,50	193,50
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	113,00	160,00
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	113,00	160,00
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	113,00	161,00
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	145,00	215,00
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	113,00	161,00
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	161,00	194,00
		sphère < à -4 ou > + 4	194,00	226,00
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	161,00	242,00
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	161,00	242,00
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	194,00	242,00
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	194,00	242,00
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	194,00	242,00

La modification du tableau des garanties intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau des garanties sera mis à jour par avenant au présent accord conformément aux exigences légales. »

Article 5 | *Durée de l'accord. Révision. Dénonciation*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 6 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022, il est également convenu de solliciter son extension.

Article 7 | *Notification. Dépôt. Extension*

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé et de prévoyance applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de cinquante salariés.

Fait à Paris, le 18 novembre 2021.

(Suivent les signatures.)