

**Avenant du 27 septembre 2022**

à l'accord du 24 juin 2013  
relatif au régime de prévoyance

NOR : ASET2251267M

IDCC : 315

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

**FFA,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFTC CSFV ;**

**FEC FO ;**

**FSPBA CGT ;**

**CFE-CGC assurances ;**

**FBA CFDT ;**

**UNSA banque assurance,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les parties signataires s'engagent à réviser le règlement du régime de prévoyance professionnel (RPP) pour le mettre en conformité, d'une part, aux termes de l'instruction interministérielle n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 (traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail), et d'autre part, pour faciliter la compréhension des garanties collectives du régime (volet frais de soins) en intégrant l'engagement de France assureurs sur la lisibilité des garanties des contrats.

Au-delà de ces adaptations du régime aux évolutions réglementaires, il est également nécessaire d'augmenter les taux de cotisation pour le volet prévoyance lourde du RPP et ceci afin de corriger une situation financière structurellement déséquilibrée depuis 2016. Ce surcoût sera lissé dans le temps sur deux exercices (2023 et 2024).

Les partenaires sociaux sont très attachés au régime professionnel de prévoyance, véritable acquis social dans la profession permettant aux salariés de bénéficier d'un socle de garanties minimum, qu'il est nécessaire de sécuriser et de préserver.

Le règlement RPP est complété par un article 3.1 rédigé comme suit :

« Article 3.1 | *Conséquences de la suspension du contrat de travail*

**3.1.1. Maintien obligatoire des garanties en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation ou maintien de salaire ou versement d'un revenu de remplacement**

Le bénéfice des garanties définies par le présent règlement est maintenu, dans les conditions en vigueur, au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu, et, s'agissant des remboursements de frais de soins, au profit de ses ayants droits, pendant toute période de suspension du contrat de travail au titre de laquelle il perçoit :

- tout ou partie de son salaire ;
- des prestations prévues aux sections III et IV du titre II du présent règlement ;
- un revenu de remplacement versé par l'employeur notamment en cas de placement en activité partielle ou activité partielle de longue durée (suspension de l'activité ou réduction des horaires), ou en cas de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Les cotisations prévues à la section II du titre III sont dues pendant toute la suspension du contrat ; la part salariale est, en priorité, prélevée sur le salaire, indemnisation ou revenu de remplacement versé ; à défaut de possibilité de prélever la quote-part salariale, le salarié doit l'acquitter à première demande.

Les prestations et les cotisations sont calculées sur l'assiette correspondant au salaire, indemnisation ou revenu de remplacement versé, y compris les indemnités journalières et rentes versées par la sécurité sociale.

**3.1.2. Maintien optionnel des garanties en cas de suspension du contrat de travail non visée à l'article 3.1.1**

Dans tous les cas de suspension du contrat de travail n'entrant pas dans le champ d'application de l'article 3.1.1, le bénéfice des garanties et l'obligation de financement du régime sont suspendus jusqu'au terme de la suspension. Le salarié a toutefois la possibilité de demander le maintien des garanties visées aux sections II et III et/ou des garanties visées à la section V.

Le salarié acquitte l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) dont l'assiette de calcul correspond à la moyenne mensuelle des rémunérations brutes versées au cours des 12 mois précédent la suspension du contrat de travail.

**3.1.3. Terme du maintien des garanties**

Le maintien obligatoire ou facultatif des garanties cesse dans les conditions prévues respectivement aux articles 13, 20, 29 et 33 du présent règlement. »

## Article 2

L'article 31 du règlement RPP est modifié comme suit :

### « Article 31 | Garanties collectives

Garantie	Niveau de garantie <sup>1</sup> (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels)
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires</b>	
• Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	280% BR
• Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non conventionnés non adhérent à un DPTAM	200% BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100% FR <sup>2</sup>
<b>Frais de séjour</b>	100% BR
<b>Chambre particulière</b>	1,50% PMSS/jour
<b>Forfait Patient Urgence<sup>3</sup></b>	100% FR, dans la limite du forfait
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux</b>	
• Consultation – Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR <sup>4</sup>
• Consultation – Visites spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR <sup>5</sup>
• Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	270% BR
• Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200% BR
• Radiologie adhérent à un DPTAM	245% BR
• Radiologie non adhérent à un DPTAM	200% BR
<b>Honoraires paramédicaux<sup>6</sup></b>	100%BR
<b>Analyses et examens de laboratoires</b>	100% BR
<b>Médicaments</b>	
• Médicaments à 65% <sup>7</sup>	100% BR
• Médicaments à 30% <sup>8</sup>	51% BR
• Médicament à 15% <sup>9</sup>	36% BR
<b>Transport (accepté par la S.S)</b>	195% BR

<sup>1</sup> Niveau de garanties (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels) : Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex : affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur.

<sup>2</sup> Forfait journalier hospitalier : Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

<sup>3</sup> Participation forfaitaire du patient aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

<sup>4</sup> Consultation - Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM : Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 25 € la prise en charge de la S. S. 16.50 €, celle de la complémentaire à 7.50 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 € .

<sup>5</sup> Consultation - Visite spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM : Pour une consultation chez le spécialiste en secteur 1 à 25 € la prise en charge de la S. S. 16.50 €, celle de la complémentaire à 7.50 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €

<sup>6</sup> Auxiliaires médicaux : Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues

<sup>7</sup> Médicament à 65% : Médicament à service médical rendu majeur ou important et préparation magistrale

<sup>8</sup> Médicament à 30% : Médicament à service médical rendu modéré

<sup>9</sup> Médicament à 15% : Médicament à service médical faible

Psychologie <sup>10</sup>	Prise en charge du ticket modérateur dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	
Matériel médical		
<ul style="list-style-type: none"><li>Orthopédie et autres prothèses (remboursées par la S.S)</li></ul>	180%BR	
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% santé*	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation	
Soins dentaires hors 100% santé	105%BR	
Inlay onlay	105%BR	
Prothèses dentaires hors 100% santé	210% BR	
Orthodontie (acceptée par la S.S)	300%BR	
Aides AUDITIVES		
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans.		
Equipement 100% santé*	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix limites de vente	
Equipement autres que 100% Santé	180% BR, dans le respect des plafonds de remboursement règlementaires	
PREVENTION		
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% B.R.	
Contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la SS)	50 € par an	
OPTIQUE		
Le dispositif 100% Santé définit 2 classes de verres et montures : ceux de la Classe A (100% Santé) intégralement pris en charge et ceux de la Classe B, hors 100% Santé		
<ul style="list-style-type: none"><li>Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (monture limitée à 100€ [ou 30€ dans le cadre du 100% Santé] + 2 verres) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est autorisé : enfant de moins de 16 ans, ou pour raisons médicalement justifiées. Dans ce dernier cas, la période est de 1 an.</li><li>La période précitée de deux ans s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement optique (sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs).</li></ul>		
Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
Classe A : 100% santé Classe B : autres que 100% santé		
Equipements 100% santé * 2 verres A + monture A	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	

<sup>10</sup> Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site MonPsy (<https://monpsy.sante.gouv.fr/annuaire>).

Pour bénéficier de la prise en charge de ces séances d'accompagnement psychologique, l'assuré doit :

- être âgé de trois ans ou plus ;
- présenter des troubles d'une nature et d'une intensité définis selon les critères fixés par l'arrêté du 8 mars 2022 ;
- être adressé à un psychologue par lettre de son médecin traitant ou d'un médecin impliqué dans sa prise en charge (orientation valable six mois).

<b>2 verres A + monture B</b>	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	- Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût des verres Et - Dans la limite de 100€
<b>2 verres B + monture A</b>	Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
<b>2 verres B + monture B</b>	Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous. Monture limitée à 100 euros.	

**Plafonds de remboursements pour un équipement hors 100% santé**

a)équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	100 €  dont 100 € au maximum pour la monture
b)équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	150 €  dont 100 € au maximum pour la monture
c)équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;	200 €  dont 100 € au maximum pour la monture
d)équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	150 €  dont 100 € au maximum pour la monture
e)équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	200 €  dont 100 € au maximum pour la monture
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;	200 €  dont 100 € au maximum pour la monture

<ul style="list-style-type: none"> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;</li> <li>- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</li> </ul>	
Lentilles (acceptées par la S.S./an)	360% BR
Chirurgie réfractive ou Kératotomie	250€ par œil

BR : Base de remboursement

FR : Frais réel

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

S.S. : Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM, OPTAM-CO

OPTAM/OPTAM-CO : Options de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les médecins s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires conformément aux dispositions de l'accord en l'échange de contrepartie.

PLV : Prix limite de vente

100% Santé : dispositif qui a pour objectif de donner accès à des soins, pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le domaine de l'optique, dentaire et audiologie. Son principe consiste à proposer un ensemble de soins ou équipements regroupés dans un *Panier*, destinés à répondre aux besoins de santé essentiels. La composition des *Paniers* est définie réglementairement et visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

\*Tels que définis réglementairement

## Article 3

L'article 42.1 du règlement du RPP est modifié comme suit :

### Article 42.1 | *Garanties décès, incapacité-invalidité, déplacement professionnel*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023 :

Assiette de cotisation : tranche de salaire inférieure ou égale à 1 PASS		Assiette de cotisation : tranche de salaire supérieure à 1 PASS	
Employeur	Personnel	Employeur	Personnel
1,62 %	0,14 %	1,25 %	0,11 %
Total : 1,76 %		Total : 1,36 %	

Au 1<sup>er</sup> janvier 2024 :

Assiette de cotisation : tranche de salaire inférieure ou égale à 1 PASS		Assiette de cotisation : tranche de salaire supérieure à 1 PASS	
Employeur	Personnel	Employeur	Personnel
1,67 %	0,14 %	1,29 %	0,11 %
Total : 1,81 %		Total : 1,40 %	

La clé de répartition des cotisations afférentes aux garanties décès, incapacité, invalidité, déplacement professionnel est la suivante :

	T < 1 PASS	T > 1 PASS
Employeur	92 %	92 %
Personnel	8 %	8 %

#### Article 4

Les signataires s'engagent à effectuer sans délai les démarches nécessaires au dépôt légal du présent avenant, dont l'entrée en vigueur interviendra au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

*Fait à Paris, le 27 septembre 2022.*

(Suivent les signatures.)