

Convention collective nationale

IDCC : **3238** | **PRODUCTION ET TRANSFORMATION DES PAPIERS
ET CARTONS**
(29 janvier 2021)

Avenant n° 2 du 6 octobre 2022
relatif aux frais de santé

NOR : ASET2251444M

IDCC : 3238

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

UNIDIS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé doivent être en mesure d'offrir à leurs salariés une couverture minimale obligatoire en matière de remboursement des frais de santé.

Aux termes de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, la mise en place de cette couverture minimale obligatoire s'est effectuée en trois étapes : dans le cadre d'une convention ou d'un accord de branche ou, à défaut, dans le cadre d'un accord collectif d'entreprise ou, enfin, par décision unilatérale de l'employeur (articles L. 911-7 et D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale).

C'est dans ce cadre et dans une démarche d'attractivité de la branche, que les partenaires sociaux ont engagé des négociations afin que les entreprises relevant du champ d'application du présent accord offrent à l'ensemble de leurs salariés une couverture complémentaire frais de santé obligatoire qui garantit un niveau minimal de remboursement des frais engagés par le salarié à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de l'accident.

Cette couverture minimale dénommée « panier de soins minimal » comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses énumérées par les articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires ont entendu, par le présent accord, définir le montant de la cotisation minimale, la répartition employeur/salarié de la cotisation, les garanties complémentaires frais de santé au regard de ces cotisations ainsi que le financement mutualisé de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Un accord-cadre avec les partenaires sociaux et les organismes recommandés viendra préciser les modalités de mise en œuvre du régime frais de santé ainsi que les engagements de ces organismes.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord est conclu dans le champ d'application de la convention collective nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021 (IDCC 3238).

Il annule et remplace l'accord relatif aux frais de santé en annexe de la convention collective convention collective nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021.

Article 2 | Objet

Cet accord instaure :

- Un régime de complémentaire santé à adhésion collective, obligatoire et responsable ;
- le financement mutualisé de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité ;
- une recommandation réalisée dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 3 | Obligations minimales des entreprises

Toutes les entreprises, même celles n'adhérant pas à un organisme recommandé, doivent appliquer *a minima* :

- Les garanties fixées dans les tableaux en annexe de cet accord ;
- les taux et la clef de répartition des cotisations du régime de base prévus à l'article 5.1 ;
- le financement des garanties présentant un degré élevé de solidarité visé à l'article 7.

Article 4 | Bénéficiaires

4.1. Adhésion obligatoire des salariés et dispenses

La complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés.

Les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont assimilés à des salariés peuvent adhérer au présent régime.

Tout salarié qui ne demande pas à bénéficier d'une dispense doit adhérer.

En plus des dispenses légales, à condition de respecter toutes les règles ouvrant droit aux exonérations, peuvent être dispensés d'adhésion les catégories de salariés suivantes :

- Les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ;

- les salariés qui bénéficient d’une couverture collective, y compris en tant qu’ayants droit, dans le cadre d’un dispositif de complémentaire santé conforme à ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les employeurs doivent être en mesure de produire la demande écrite de dispense des salariés concernés et fournir chaque année les éventuels justificatifs requis. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l’employeur des conséquences de son choix.

La dispense du salarié n’est pas irrévocable et n’empêche pas le salarié d’adhérer ultérieurement au régime.

4.2. Adhésion facultative de certains ayants-droits

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime complémentaire santé, en contrepartie d’une cotisation spécifique, à la charge du salarié, sauf décision plus favorable de l’employeur :

- Le conjoint, le concubin de l’assuré ou la personne avec laquelle l’assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale ;
- les enfants de l’assuré, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), à charge au sens du contrat d’assurance.

Article 5 | Cotisations

Les cotisations mentionnées ci-dessous incluent les taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale ou la Puma (protection universelle maladie), applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation et telles qu’elles sont en vigueur à la date de signature du présent avenant.

Elles comprennent le financement du dispositif de portabilité.

Elles garantissent également les prestations décrites en annexe et le financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité de l’article 7.

5.1. Cotisations du régime de base

Les tableaux suivants définissent les cotisations minimales du régime de base :

Régime général		Cotisations en pourcentage du PMSS
Base	Salarié obligatoire	1,48 %
	Conjoint facultatif	1,58 %
	Enfant facultatif	0,96 %

Régime local		Cotisations en pourcentage du PMSS
Base	Salarié obligatoire	0,89 %
	Conjoint facultatif	0,94 %
	Enfant facultatif	0,57 %

Les cotisations ci-dessus afférentes à la couverture obligatoire du salarié sont réparties, à ce jour, comme suit :

- 50 % minimum à la charge de l’employeur ;
- 50 % maximum à la charge du salarié.

5.2 Cotisations des garanties complémentaires

Parallèlement au régime de base, les salariés et leurs ayants-droits ont la possibilité de souscrire à des garanties complémentaires dont les cotisations minimales sont fixées dans les tableaux suivants :

Régime général		Cotisations en pourcentage du PMSS
Option 1	Salarié obligatoire	1,67 %
	Salarié facultatif option 1 – Base	0,20 %
	Conjoint facultatif	1,78 %
	Enfant facultatif	1,03 %
Option 2	Salarié obligatoire	1,87 %
	Salarié facultatif option 2 – Base	0,41 %
	Salarié facultatif option 2 – Option 1	0,21 %
	Conjoint facultatif	1,99 %
	Enfant facultatif	1,10 %

Régime local		Cotisations en pourcentage du PMSS
Option 1	Salarié obligatoire	1,07 %
	Salarié facultatif option 1 – Base	0,20 %
	Conjoint facultatif	1,14 %
	Enfant facultatif	0,64 %
Option 2	Salarié obligatoire	1,27 %
	Salarié facultatif option 2 – Base	0,41 %
	Salarié facultatif option 2 – Option 1	0,21 %
	Conjoint facultatif	1,35 %
	Enfant facultatif	0,72 %

La cotisation supplémentaire servant au financement de ces options ainsi que leurs éventuelles évolutions, sont à la charge exclusive du salarié, sauf amélioration du régime mise en œuvre de manière collective obligatoire au sein de l'entreprise.

5.3. Incidences en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés au présent régime est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit 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 d'un tiers ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Dans ces hypothèses, l'entreprise verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de salaire ou au versement d'indemnités journalières financées au moins pour partie par l'employeur ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, la suspension du contrat de travail entraîne la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné et la suspension du financement patronal y afférent. Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer d'adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Article 6 | Garanties frais de santé

Les garanties de complémentaire santé sont résumées en annexe de cet accord.

Les prestations du présent régime sont responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

Les compléments de garantie destinés à améliorer la couverture des salariés, ainsi que les options au profit des ayants-droits doivent être proposés aux salariés et sont indissociables des prestations minimales.

Les prestations sont assurées, sans questionnaire ou visite médicale, à compter de la date d'effet de la garantie ou à compter de l'embauche du salarié.

Article 7 | Garanties présentant un degré élevé de solidarité

Le présent régime permet aux salariés des entreprises de la branche, au travers du degré élevé de solidarité que les partenaires sociaux définissent, de bénéficier de prestations à caractère non contributif.

7.1. Définition des garanties

Les partenaires sociaux décident de gérer l'ensemble des garanties présentant un degré élevé de solidarité telles que définies par le code du travail :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis, selon les critères en vigueur ;
- le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale.

7.2. Orientations et contrôle

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la commission paritaire de contrôle et de gestion (CPCG) prévue par l'accord relatif à la prévoyance en annexe de la convention collective nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021 (IDCC 3238).

La CPCG contrôle également la mise en œuvre de ces orientations.

7.3. Financement

Le financement des garanties est assuré par une part de 2 % des cotisations du régime, quel que soit l'organisme auprès duquel l'entreprise est assurée.

7.4. Gestion mutualisée des garanties

Toutes les garanties sont financées et gérées de manière mutualisée pour l'ensemble des entreprises de la branche y compris pour celles n'ayant pas choisi d'adhérer à l'un des organismes recommandés.

À cet effet il est créé un fond désigné par les termes « fonds paritaire frais de santé » (FPFS), auquel toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de cotiser.

Le choix et les modalités de fonctionnement de ce fonds sont déterminées par la CPCG.

À la date de signature de l'accord, le fonds percevant et finançant ces prestations est géré par :

■ Prodigeo, société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le code des assurances, RCS Paris B 482.011.269 et dont le siège social est 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Article 8 | *Recommandation*

8.1. Organismes recommandés

Une procédure de mise en concurrence a été organisée au terme de laquelle la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation a procédé à la recommandation de :

- l'APGIS, institution de prévoyance, agréée par le ministère chargé de la sécurité sociale sous le numéro 930, régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale et dont le siège social est 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex ;
- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise au code de la mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 538 518 473 et dont le siège social est 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- Prodigeo, société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le code des assurances, RCS Paris B 482.011.269 et dont le siège social est 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Afin de garantir l'équilibre du présent régime, les entreprises sont invitées à adhérer à l'un de ces organismes.

8.2. Modalités de réexamen de la recommandation

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant, soit jusqu'au 31 décembre 2027.

À cette fin, les parties signataires se réuniront au premier semestre 2027.

D'autre part, en cas de non-respect des engagements d'un ou des organismes recommandés ou en cas de déséquilibre financier, la recommandation pourra être réexaminée par les partenaires sociaux durant toute la période quinquennale.

Article 9 | *Cessation des garanties*

Sous réserve des hypothèses de maintien de droits prévues par l'article 10, les présentes garanties cessent en cas de :

- rupture du contrat de travail ;
- liquidation totale et définitive de la pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire du salarié ;
- décès du salarié ;
- dénonciation du présent accord collectif dans les conditions légales.

Article 10 | *Maintien des garanties*

Les garanties de frais de santé du présent accord sont maintenues au profit des anciens salariés et des ayants-droits conformément aux conditions et modalités prévues par la loi (article L. 911-8 du code de la sécurité sociale et article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989).

Article 11 | *Suivi du régime*

Le régime sera suivi par la commission paritaire de contrôle et de gestion (CPCG) prévue par l'accord relatif à la prévoyance en annexe de la convention collective convention collective nationale de la production et de la transformation des papiers et cartons du 29 janvier 2021.

Au regard de la technicité de certains sujets, la commission pourra faire appel à des conseils ou experts extérieurs.

Article 12 | *Procédure de dépôt et d'extension*

Le présent accord sera soumis à la procédure d'extension par la partie la plus diligente en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Dans le cadre de cette demande d'extension pour la totalité du présent accord et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie ou ne nécessite pas de mesures spécifiques ou un traitement différencié pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 13 | *Date d'application et durée de l'accord*

Le présent accord entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023 pour une durée indéterminée.

Cependant, les entreprises dont le régime interne de frais de santé n'assure pas des garanties au moins équivalentes (pour un accord d'entreprise) ou n'est pas plus favorable (pour une décision unilatérale) que le régime institué par le présent accord, auront jusqu'au 31 juillet 2023 pour se mettre en conformité.

Les procédures de révision et de dénonciation de cet accord sont celles prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 6 octobre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe Tableaux des garanties frais de santé

Remboursement total dans la limite des frais réels remboursement sécurité sociale inclus (si non précisé).

		Base	Base + Option 1	BASE + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION	Frais de séjour	200% BR	200% BR	200% BR
	Honoraires (signataires DPTM *)			
	Actes de chirurgie (ADC)	220% BR	250% BR	300% BR
	Actes d'anesthésie (ADA)			
	Actes d'obstétrique (ACO)			
	Actes techniques médicaux (ATM)			
	Honoraires (non-signataires DPTM *)			
	Actes de chirurgie (ADC)	200% BR	200% BR	200% BR
	Actes d'anesthésie (ADA)			
	Actes d'obstétrique (ACO)			
	Actes techniques médicaux (ATM)			
	Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
	Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
	Chambre particulière Conventionnée jour/nuite (avec nuitée) Conventionnée de jour (sans nuitée)	100% FR limité à 2% du PMSS limité à 1% du PMSS	100% FR limité à 2,5% du PMSS limité à 1,25% du PMSS	100% FR limité à 3% du PMSS limité à 1,5% du PMSS
	Personne accompagnante d'un enfant de moins de 16 ans	100% FR limité à 1,5% PMSS / jour	100% FR limité à 2% PMSS / jour	100% FR limité à 3% PMSS / jour

FRAIS MEDICAUX	Consultation - visites : Généralistes (signataires DPTM *)	100% BR	100% BR	100% BR
	Consultation - visites : Généralistes (non-signataires DPTM *)	100% BR	100% BR	100% BR
	Consultation - visites : Spécialistes signataires (signataires DPTM *)	220% BR	220% BR	220% BR
	Consultation - visites : Spécialistes (non-signataires DPTM *)	200% BR	200% BR	200% BR
	Médicaments remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR
	Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR
	Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
	Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (signataires DPTM*)	170% BR	170% BR	170% BR
	Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) (non- signataires DPTM*)	150% BR	150% BR	150% BR
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (signataires DPTM*)	150% BR	160% BR	170% BR
	Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) (non- signataires DPTM*)	130% BR	140% BR	150% BR

	Matériel médical : Orthopédie et autres prothèses
	Prothèses auditives (classe 2 max de 1700 € RSS inclus)
	Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Sécurité sociale
	Transport accepté par la Ss

200 % BR	
Classe 1	Classe 2
100% du PLV (***)	20% PMSS plus de 20 ans 300 € jusqu'à 20 ans (Min 100% BR)
100% BR	
100% BR	

200 % BR	
Classe 1	Classe 2
100% du PLV (***)	20% PMSS plus de 20 ans 300 € jusqu'à 20 ans (Min 100% BR)
100% BR	
100% BR	

200 % BR	
Classe 1	Classe 2
100% du PLV (***)	1700 € par oreille
100% BR	
100% BR	

DENTAIRE	Soins dentaires
	Onlays/inlays
	Orthodontie :
	Remboursée par la Ss
	Non remboursée par la Ss
	Prothèse et soins prothétiques non remboursés (codés ayant une BR)
	Implantologie (par an et par bénéficiaire)
	Prothèses dentaires remboursées:

100% BR		
100% BR (**)		
-		
300% BR		
250% BRR		
7% PMSS par an et par bénéficiaire		
20% PMSS par an et par bénéficiaire		
Panier 100% maîtrisé	Panier libre	Panier maîtrisé

100% BR	
100% BR (**)	
-	
320% BR	
250% BRR	
8% PMSS par an et par bénéficiaire	
23% PMSS par an et par bénéficiaire	
Panier 100%	Panier maîtrisé et panier libre

100% BR	
100% BR (**)	
-	
350% BR	
250% BRR	
10% PMSS par an et par bénéficiaire	
25% PMSS par an et par bénéficiaire	
Panier 100%	Panier maîtrisé et panier libre

	Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250% BR (**)	Dans la limite de 900 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)	100% du PLV (***)	125% BR	325% BR (**)	Dans la limite de 1 050 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)	100% du PLV (***)	450% BR (**)	Dans la limite de 1 450 € (hors RSS) par an et par bénéficiaire (au-delà garantie à 125% BR)
	Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	220% BR (**)				280% BR (**)			350% BR (**)	
	Inlays-core	150% BR (**)				200% BR (**)			200% BR (**)	
OPTIQUE Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019	Verres et montures	Classe A	Classe B							
	Verres	100% du PLV (***)	Grille optique 1	Classe A	Classe B					
	Monture									
	lentilles prescrites (acceptées)	3% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)			100% du PLV (***)	Grille optique 2	6,5% PMSS par an et par bénéficiaire (min 100% BR)	100% du PLV (***)	Grille optique 3	
	lentilles prescrites (refusées, jetables)	3% PMSS par an et par bénéficiaire			4,5% PMSS par an et par bénéficiaire	4,5% PMSS par an et par bénéficiaire	6,5% PMSS par an et par bénéficiaire	6,5% PMSS par an et par bénéficiaire		
	Chirurgie réfractive (par œil)	20% PMSS par an et par bénéficiaire			23% PMSS par an et par bénéficiaire		25% PMSS par an et par bénéficiaire			
ACTES DE PREVENTION	Tous les actes des contrats responsables	100% BR		100% BR		100% BR		100% BR		

ACTES DIVERS	Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
	Patch anti-tabac, Contraception et Vaccins non remboursés	3% PMSS par an et par bénéficiaire	4,5% PMSS par an et par bénéficiaire	5% PMSS par an et par bénéficiaire
	Médecines non allopathiques (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur, Homéopathie) reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	40 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	50 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire

(*) : DPTM : OPTAM/OPTAM-CO Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale,

(**) Dans la limite du contrat responsable pour les montants définis pour le panier maîtrisé

(***) Dans la limite fixée par la réforme 100% santé