

Brochure n° 3298 | Convention collective nationale

IDCC : 2104 | **THERMALISME**

Brochure n° 3307 | Convention collective nationale

IDCC : 2264 | **HOSPITALISATION PRIVÉE**

Accord du 15 décembre 2022

relatif au régime de complémentaire santé pour les établissements thermaux

NOR : ASET2350299M

IDCC : 2104, 2264

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

SYNERPA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FSS CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent accord a pour objet de reconduire le régime conventionnel de couverture de frais de santé pour les établissements thermaux. Ce régime était initialement instauré par l'accord de branche du 24 novembre 2015 attaché à la convention collective du thermalisme (IDCC 2104).

Les partenaires sociaux ont souhaité pérenniser ce régime en recommandant trois organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives auprès des trois assureurs recommandés ayant effectué une réponse commune et réunis dans une coassurance. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et par le protocole de gestion administrative conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 1^{er} | Champ d'application du régime de complémentaire santé

Les dispositions du présent accord concernent exclusivement les établissements thermaux tels que définis par l'article R. 1322-52 du code de la santé publique dans le cadre de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée qui regroupe depuis la signature de l'accord

de champ du 14 mars 2019, complété par l'avenant du 8 juillet 2020, les champs d'application de la convention collective nationale du thermalisme (IDCC 2104) et de la convention nationale de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 et son annexe du 10 décembre 2002 concernant les établissements privés accueillant des personnes âgées (IDCC 2264).

Les établissements privés de diagnostic et de soins et les établissements d'hébergement pour personnes âgées ne sont pas concernés par le présent accord.

Article 2 | Bénéficiaires de la garantie

Article 2-1 | Bénéficiaires à titre obligatoire

Sous réserve de relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, ou d'un des cas de dispense légale d'affiliation prévu à l'article D. 911-2 dudit code, tous les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture dite « socle conventionnel » telle que visée à l'article 7.

Article 2-2 | Cas dérogatoires

Par dérogation au caractère obligatoire, et conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant annuellement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'au moins 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et 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 de la complémentaire santé solidaire. Sous réserve de justification, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures fixées par arrêtés par le ministre de la sécurité sociale, sous réserve de le justifier chaque année.

Les salariés mentionnés ci-dessus devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime auprès de leur employeur. Ils seront tenus de communiquer à leur employeur une fois par an les informations permettant de justifier de leur situation. À défaut d'écrits et de justificatifs adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au socle conventionnel obligatoire du régime. Les salariés qui auront exprimé leur volonté de ne pas adhérer au régime seront informés par l'employeur des conséquences de leur demande de dispense d'affiliation.

Article 3 | Amélioration de la couverture frais de santé

Afin d'améliorer le niveau de couverture prévu par le régime de base conventionnel, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme assureur à un complément de garantie.

À cet effet, les partenaires sociaux ont négocié deux garanties complémentaires permettant ce choix via deux options à adhésion facultative :

- « option complémentaire 1 » ;
- « option complémentaire 2 ».

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié, via ces deux options, est à la charge exclusive de ce dernier.

Article 4 | *Maintien des garanties frais de santé en cas de rupture du contrat de travail*

Article 4-1 | *Mutualisation de la portabilité de couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage*

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, l'ancien salarié et le cas échéant ses ayants droit, sous réserve de produire les justificatifs requis auprès de l'organisme assureur, bénéficie du maintien du régime frais de santé dans les mêmes conditions que les salariés en activité, c'est-à-dire y compris le cas échéant l'option souscrite, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde, et ouvrant droit à l'assurance chômage.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à celle de l'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 successifs chez le même employeur. Cette durée ne peut excéder 12 mois.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et par les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Ce maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit 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.

Article 4-2 | *Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin*

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur dans le cadre d'un nouveau contrat, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit en cas de décès de l'assuré) dans le cadre de l'article 4 de la

loi Evin, dont les modalités tarifaires sont fixées par décret, incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture. La cotisation est à la charge exclusive des bénéficiaires.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et ses ayants droit, lorsque les extensions sont souscrites, au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visées ci-avant au point 2 (portabilité).

Article 5 | Assureurs recommandés

Sont recommandés de manière conjointe, suite à une réponse effectuée en commun, pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé les organismes suivants :

APICIL Prévoyance : institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, enregistré au répertoire SIRENE n° 321 862 500, dont le siège social est situé au 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Mutuelle MUTAMI : mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677, dont le siège est situé 70, boulevard Matabiau, BP7051, 31069 Toulouse Cedex 7.

SOLIMUT Mutuelle de France : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE, sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est sis Castel Office, 7, quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Article 6 | Financement des garanties frais de santé

Article 6-1 | Cotisation des salariés

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé » pour la part leur incombant.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint), tels que définis par le contrat cadre souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime. La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

Article 6-2 | Répartition et montant de la cotisation obligatoire pour les bénéficiaires relevant du régime général

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

Les cotisations « Salarié isolé », « Duo » et « Famille » pour le régime de base obligatoire « socle conventionnel » sont fixées à la date d'effet du présent accord comme suit, au niveau des organismes recommandés :

	Salarié isolé	Duo (dont salarié)	Famille (dont salarié)
Cotisation patronale	17,33 euros	17,33 euros	17,33 euros
Cotisation salariale	17,33 euros	52,01 euros	73,16 euros
Cotisation globale	34,66 euros	69,34 euros	90,49 euros

La cotisation « Duo » correspond à la couverture du salarié et d'un ayant droit au sens ci-dessous (conjoint ou enfant).

La cotisation « Famille » correspond à la couverture du salarié et d'au moins deux ayants droit au sens ci-dessous.

Article 6-3 | Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime local d'Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Les cotisations et les prestations servies par le régime complémentaire sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

	Salarié isolé	Duo (dont salarié)	Famille (dont salarié)
Cotisation patronale	10,47 euros	10,47 euros	10,47 euros
Cotisation salariale	10,47 euros	31,42 euros	44,19 euros
Cotisation globale	20,94 euros	41,89 euros	54,66 euros

Article 6-4 | Couverture facultative des salariés

La cotisation additionnelle servant au financement de la couverture facultative des salariés en option complémentaire 1 ou en option complémentaire 2 et l'affiliation des ayants droit des garanties sont à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations correspondant à ces options sont définies en annexe 2 du présent accord.

Article 6-5 | Définition des ayants droit

Par conjoint et ayants droit, il convient d'entendre :

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'évènement 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 maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union.

Les enfants à charge. Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- les enfants du salarié, y compris les enfants reconnus et adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence, y compris de manière alternée, ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la sécurité sociale ;
- ou s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - poursuivre leurs études en le justifiant annuellement par la communication d'un certificat de scolarité et être inscrits au régime de sécurité sociale ;
 - ou être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;

- ou être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...) ;
- ou lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité,
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les ascendants à charge sont les ascendants fiscalement considérés à charge du salarié ou de son conjoint (y compris partenaire de Pacs ou concubin), vivant au domicile du salarié.

Article 7 | Conditions de la garantie frais de santé

Les garanties et remboursements sont mentionnés dans le tableau en annexe, ces annexes faisant parties intégrantes de l'accord. Ils incluent les prestations de la sécurité sociale. Sont exclus de la garantie tous les soins, dépenses ou interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaires ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, pour les contrats dits « responsables », permettant ainsi de bénéficier, dans les conditions et limites prévues par la législation, de l'exonération des charges sociales sur les cotisations pour l'employeur.

La couverture souscrite étant responsable, dans l'hypothèse où le tableau de garantie ne prévoirait pas expressément la prise en charge d'une garantie composant le cahier des charges du contrat responsable suite à une évolution réglementaire, l'organisme assureur prendra en charge cette garantie dans les limites fixées par la réglementation.

Article 8 | Définition des garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Elles sont exprimées sous déduction du remboursement de la sécurité sociale et sont présentées dans les tableaux figurant en annexe. Il existe trois niveaux de remboursement : le socle conventionnel, l'option complémentaire 1 et l'option complémentaire 2. Le niveau d'indemnisation des options complémentaires 1 et 2 s'entendent sous déduction du socle conventionnel et de la sécurité sociale.

Article 9 | Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois les garanties sont maintenues, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- 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. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Du fait du maintien des garanties, l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au socle conventionnel obligatoire et, le cas échéant, le salarié s'acquitte de la cotisation correspondant aux options complémentaires 1 et 2 ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné. Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente lorsque le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (part patronale et part salariale) par le salarié dont le contrat de travail est suspendu auprès de l'organisme assureur.

Article 10 | Information

En sa qualité de souscripteur, l'établissement thermal remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés de l'entreprise seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 11 | Contrat d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement administratif font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans les protocoles de gestion conclus entre les signataires du présent accord et les organismes recommandés ci-dessus.

Article 12 | Fonds d'action sociale

Article 12.1 | Financement

Il est institué un Fonds d'action sociale destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité. Ce fonds est financé par tout ou partie de la quote-part de 2 % des cotisations hors taxes de l'ensemble des régimes (base, options complémentaires 1 et 2).

Les organismes recommandés se sont engagés à créer un fonds d'action sociale dédié aux salariés relevant des structures adhérentes à la branche du thermalisme en parallèle du fonds social national de leur institution. Le protocole technique et financier précisera les modalités d'alimentation de ce fonds social dédié.

Les organismes recommandés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Le fonds d'action sociale est financé :

- pour les entreprises ayant choisi les organismes assureurs recommandés mentionnés à l'article 5 du présent accord : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies à l'article 6 du présent accord ;
- pour les entreprises n'ayant pas choisi les organismes assureurs recommandés mentionnés à l'article 5 du présent accord : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies à

l'article 6 du présent accord à l'organisme assureur auprès duquel sont garantis les régimes frais de santé de leurs salariés. Cet organisme sera ensuite chargé de les reverser de façon globale et annuellement au fonds d'action sociale défini par le présent accord.

Le versement des 2 % au fonds d'action sociale par les organismes assureurs devra avoir lieu deux mois, au plus, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Les entreprises doivent :

- informer leur organisme assureur de présent accord lors de la souscription des garanties frais de santé ;
- obtenir de leur organisme assureur une attestation certifiant le reversement effectif des sommes au fonds d'action sociale.

Lors de la demande du bénéfice des prestations, cette attestation devra être présentée au tiers de confiance visé à l'article 12-2 ci-après afin de contrôler le respect de leurs obligations par les entreprises soumises au présent accord.

Dans le cas où les entreprises ne transmettraient pas une attestation de leur organisme assureur ou si l'organisme assureur ne reversait pas le prélèvement de 2 %, les entreprises restent redevables auprès du fonds d'action sociale d'une somme égale à 2 % des cotisations réglées à leur organisme assureur.

Article 12.2 | *Rôle et mission du tiers de confiance*

Afin de garantir une gestion et un financement mutualisés du degré élevé de solidarité, les partenaires sociaux mandatent un tiers de confiance indépendant pour faciliter le processus de collecte, valider les sommes versées conformément à l'article 12.1 du présent accord et permettre la confidentialité des informations transmises par chaque organisme assureur.

Le tiers de confiance a mandat pour :

- informer les organismes assureurs sur la base d'une liste validée par le comité de gestion paritaire du présent accord ;
- rappeler aux organismes assureurs l'obligation du versement annuel des sommes définies à l'article 12.1 ;
- demander à chaque organisme assureur de compléter le fichier permettant de maintenir à jour la liste des entreprises ayant acquitté leur cotisation. Les informations demandées aux organismes assureurs ne comprendront aucune donnée à caractère personnel sur les salariés des entreprises de la branche. En outre, la liste communiquée au comité de gestion paritaire ne mentionnera pas les organismes assureurs retenus par les différentes entreprises de la branche ;
- organiser le suivi du processus ;
- collecter les attestations non nominatives auprès des entreprises ;
- pour le cas des entreprises qui ne sont pas en mesure de produire une attestation, faciliter le versement direct du prélèvement par les entreprises vers le fonds d'action sociale ;
- remettre un bilan annuel au comité de gestion paritaire.

Article 13 | *Suivi du régime de complémentaire santé*

Le suivi du régime de complémentaire santé se fait dans le cadre de la commission paritaire nationale de la branche du thermalisme.

La commission a pour rôle :

- l'application de l'interprétation du régime de prévoyance complémentaire frais de santé et du protocole de gestion ;
- l'étude de l'évolution de ce régime et des modifications éventuelles des garanties ;
- l'examen des comptes de résultats et bilans financiers produits par les organismes assureurs ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix des organismes paritaires recommandés ;
- la négociation avec les organismes paritaires recommandés, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude des cas sociaux difficiles ;
- l'étude des statistiques demandées aux organismes assureurs recommandés pour la gestion ;
- la décision d'affectation des coûts d'étude pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- le suivi des actions sociales mises en œuvre par les organismes recommandés.

Pour toutes ces tâches, la commission de gestion paritaire ou l'un de ses représentants syndicaux peut demander l'aide d'un expert extérieur qui sera financé dans les conditions déterminées par le protocole de gestion du régime.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau des garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire nationale de la branche du thermalisme.

Article 14 | Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime tous les 5 ans maximum à compter du 1^{er} janvier 2023. À cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard six mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 13.

Article 15 | Révision

Les dispositions du présent accord pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Les délais de dénonciation sont de :

- six mois pour les organismes assureurs vis-à-vis de la branche ;
- deux mois de la branche vis-à-vis des organismes assureurs.

Article 16 | Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2023 et est conclu pour une durée de 5 ans.

Compte tenu de l'objectif de mutualisation recherché par le présent accord, il s'applique quel que soit l'effectif de l'entreprise entrant dans son champ d'application, sans qu'il n'y ait lieu de prévoir de modalités particulières pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Article 17 | Dépôt. Extension

Dès lors qu'il n'aurait pas fait l'objet d'une opposition régulièrement exercée par la majorité des organisations syndicales, le présent avenant fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail. Ce dépôt sera effectué au même moment que la demande d'avis auprès des services centraux du ministre chargé de l'emploi.

Après l'obtention de l'avis favorable du ministre chargé de l'emploi, le présent accord fera l'objet d'une demande d'extension dans les conditions fixées aux articles L. 2261-24 et suivants dudit code.

En application des articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale, l'avis motivé de la CNNCEFP sera sollicité en vue de l'extension.

L'extension du présent avenant sera demandée par la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 15 décembre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableaux des garanties

Base conventionnelle – Socle

Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés Secteur conventionné ou non conventionné	
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ		
FRAIS DE SÉJOUR	100 % de la BR	
FORFAIT HOSPITALIER ILLIMITÉ	Frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur	
FORFAIT PATIENT URGENCE	Frais réels	
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	Frais réels	
HONORAIRES Actes chirurgicaux et d'anesthésie - Autres honoraires	100 % de la BR	
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS - VISITES généralistes et spécialistes	100 % de la BR	
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire	100 % de la BR	
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR	
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ECHOGRAPHIE	100 % de la BR	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes)	100 % de la BR	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	
MÉDICAMENTS	100 % de la BR	
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR	
TRANSPORT TERRESTRE pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	
DENTAIRE		
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽²⁾	Frais réels ⁽³⁾	
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾		
PROTHÈSES DENTAIRES (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	125 % de la BR ⁽⁴⁾	
SOINS	100 % de la BR	
INLAYS SIMPLES ET ONLAYS ⁽⁴⁾	125 % de la BR	
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	125 % de la BR	

NIVEAUX D'INDEMNISATION

Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
Secteur conventionné ou non conventionné

Nature des frais

AIDES AUDITIVES	
	Le remplacement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽¹⁾	Frais réels ⁽³⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES	100 % de la BR dans la limite de 1 700 € par oreille
OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel.	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽²⁾	Frais réels ⁽³⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES Monture + Verres	RSS + 200 € dont une prise en charge maximale de 100 € pour la monture
LENTILLES acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100% BR + un crédit par bénéficiaire de 200 € sur deux années civiles consécutives
CURE THERMALE	
CURE THERMALE	100 % du PLF + 150 € dans la limite des frais réels, au titre des frais d'hébergement et de déplacement lorsque la cure ne peut être suivie dans l'établissement où travaille le salarié pour des raisons d'ordre médical
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
ACUPUNCTURE, CHIROPRACTIE, OSTÉOPATHIE si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée ⁽⁶⁾	30 € par acte, limité à 3 actes par année civile
ACTES DE PRÉVENTION	
Arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
Assistance	Oui

Nature des frais

NIVEAUX D'INDEMNISATION

Y compris le remboursement de la Sécurité sociale et de la base conventionnelle dans la limite des frais réels engagés
Secteur conventionné ou non conventionné

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	
FRAIS DE SÉJOUR	150 % de la BR
FORFAIT HOSPITALIER ILLIMITÉ	Frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur
FORFAIT PATIENT URGENCE	Frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	Frais réels
HONORAIRES Actes chirurgicaux et d'anesthésie - Autres honoraires	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 170 % de la BR Médecins non DPTM : 150 % de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE	1,5 % du PMSS / jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur	1,5 % du PMSS / jour
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS - VISITES généralistes et spécialistes	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 170 % de la BR Médecins non DPTM : 150 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 170 % de la BR Médecins non DPTM : 150 % de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 170 % de la BR Médecins non DPTM : 150 % de la BR
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ECHOGRAPHIE	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 170 % de la BR Médecins non DPTM : 150 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes)	100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR
MÉDICAMENTS	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR
DENTAIRE	
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽²⁾	Frais réels ⁽³⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	
PROTHÈSES DENTAIRES (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	250 % de la BR
PROTHÈSES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité Sociale	400 € par année civile et par bénéficiaire
SOINS	100 % de la BR
INLAYS SIMPLES ET ONLAYS ⁽⁴⁾	250 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	250 % de la BR
ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale	200 € par semestre et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité Sociale	400 € par an et par bénéficiaire
IMPLANTOLOGIE (pose de piliers + implants)	400 € par an et par bénéficiaire

NIVEAUX D'INDEMNISATION

Y compris le remboursement de la Sécurité sociale et de la base conventionnelle dans la limite des frais réels engagés

Secteur conventionné ou non conventionné

Nature des frais

AIDES AUDITIVES	
	Le remplacement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽¹⁾	Frais réels ⁽³⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES	100 % de la BR dans la limite de 1 700 € par oreille
OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel.	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽²⁾	Frais réels ⁽³⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES Monture + Verres	RSS + 400 € dont une prise en charge maximale de 100 € pour la monture
LENTILLES acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100% BR + un crédit par bénéficiaire de 300 € sur deux années civiles consécutives
CURE THERMALE	
Cure thermique	100 % du PLF + 150 € dans la limite des frais réels, au titre des frais d'hébergement et de déplacement lorsque la cure ne peut être suivie dans l'établissement où travaille le salarié pour des raisons d'ordre médical
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	50 % du programme ETP s'il est agréé ARD et dispensé en station thermique, plafonné à 150 €
MATERNITÉ	
MATERNITÉ - ADOPTION forfait par naissance doublé en cas de naissance	100 €
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
ACUPUNCTURE, CHIROPRACTIE, OSTÉOPATHIE si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée ⁽⁶⁾	30 € par acte, limité à 3 actes par année civile
ACTES DE PRÉVENTION	
Arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
Assistance	Oui

Nature des frais

NIVEAUX D'INDEMNISATION

Y compris le remboursement de la Sécurité sociale et de la base conventionnelle dans la limite des frais réels engagés

Secteur conventionné ou non conventionné

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	
FRAIS DE SÉJOUR	250 % de la BR
FORFAIT HOSPITALIER ILLIMITE	Frais réels limités au forfait réglementaire en vigueur
FORFAIT PATIENT URGENCE	Frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS	Frais réels
HONORAIRES Actes chirurgicaux et d'anesthésie - Autres honoraires	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 250 % de la BR Médecins non DPTM : 200 % de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE	3 % du PMSS / jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur	2,5 % du PMSS / jour
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS - VISITES généralistes et spécialistes	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 200 % de la BR Médecins non DPTM : 180 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 200 % de la BR Médecins non DPTM : 180 % de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 200 % de la BR Médecins non DPTM : 180 % de la BR
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ECHOGRAPHIE	Médecins DPTM ⁽¹⁾ : 200 % de la BR Médecins non DPTM : 180 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes)	100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR
MÉDICAMENTS	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR + 150 € par année civile et par bénéficiaire
TRANSPORT TERRESTRE pris en charge par la Sécurité sociale	200 % de la BR
DENTAIRE	
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽²⁾	Frais réels ⁽³⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	
PROTHÈSES DENTAIRES (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	350 % de la BR
PROTHÈSES DENTAIRES non prises en charge par la Sécurité Sociale	500 € par année civile et par bénéficiaire
SOINS	150 % de la BR
INLAYS SIMPLES ET ONLAYS ⁽⁴⁾	350 % de la BR
ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale	350 % de la BR
ORTHODONTIE non prise en charge par la Sécurité sociale	500 € par semestre et par bénéficiaire
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité Sociale	500 € par an et par bénéficiaire
IMPLANTOLOGIE (pose de piliers + implants)	500 € par an et par bénéficiaire

NIVEAUX D'INDEMNISATION

Y compris le remboursement de la Sécurité sociale et de la base conventionnelle dans la limite des frais réels engagés

Secteur conventionné ou non conventionné

Nature des frais

AIDES AUDITIVES	
	Le remplacement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽¹⁾	Frais réels ⁽³⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES	100 % de la BR + 150 € par oreille dans la limite de 1 700 € par oreille
OPTIQUE	
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. 1 équipement (monture + 2 verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel.	
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽²⁾	Frais réels ⁽³⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES Monture + Verres	RSS + 450 € dont une prise en charge maximale de 100 € pour la monture
LENTILLES acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100% BR+ un crédit par bénéficiaire de 400 € sur deux années civiles consécutives
CHIRURGIE RÉFRACTIVE non prise en charge par la Sécurité sociale	250 € par œil et par année civile
CURE THERMALE	
CURE THERMALE	100 % du PLF + 150 € dans la limite des frais réels, au titre des frais d'hébergement et de déplacement lorsque la cure ne peut être suivie dans l'établissement où travaille le salarié pour des raisons d'ordre médical
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT	50 % du programme ETP s'il est agréé ARD et dispensé en station thermale, plafonné à 150 €
MATERNITÉ	
MATERNITÉ - ADOPTION forfait par naissance doublé en cas de naissance	250 €
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
ACUPUNCTURE, CHIROPRACTIE, OSTÉOPATHIE si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée ⁽⁶⁾	30 € par acte, limité à 3 actes par année civile
ACTES DE PRÉVENTION	
Arrêté du 8 juin 2006	100 % de la BR
Assistance	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur

PLF : Prix Limite de Facturation des soins thermaux

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'Autorité.

(1) DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; ces dispositifs regroupent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) et le Contrat d'Accès aux Soins. Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://ameli-direct.ameli.fr/>.

(2) Equipements 100 % santé tels que définis réglementairement.

(3) Prise en charge «Frais réels», dans la limite, selon le cas, des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente fixés pour les professionnels de santé.

(4) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation, fixés pour les professionnels de santé.

(5) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière date de remboursement du régime obligatoire.

(6) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'Etat ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat. Elles respectent également la réglementation 100 % santé.

Le régime respecte notamment les dispositions des articles L 911-7 et D 911 - 2 et suivants du code de la Sécurité Sociale

Les consultations de psychologues remboursées par la Sécurité sociale à partir du 5 avril 2022 donnent lieu à remboursement par le régime complémentaire à hauteur du ticket modérateur

Annexe 2 Cotisations facultatives

Régime général

Option complémentaire 1 en complément de la base

Option 1	Salarié isolé	Duo (dont salarié)	Famille (dont salarié)
Cotisation salariale	26,89 €	53,76 €	70,16 €

Option complémentaire 2 en complément de la base

Option 2	Salarié isolé	Duo (dont salarié)	Famille (dont salarié)
Cotisation salariale	43,39 €	86,76 €	113,22 €

Régime Alsace-Moselle

Option complémentaire 1 en complément de la base

Option 1	Salarié isolé	Duo (dont salarié)	Famille (dont salarié)
Cotisation salariale	20,66 €	41,31 €	53,92 €

Option complémentaire 2 en complément de la base

Option 2	Salarié isolé	Duo (dont salarié)	Famille (dont salarié)
Cotisation salariale	31,63 €	63,24 €	82,54 €