

Convention collective départementale

IDCC : 2221 | **MENSUELS DES INDUSTRIES DES MÉTAUX**
(Isère et Hautes-Alpes)
(13 septembre 2001)

(Bulletin officiel n° 2002-2 bis

*(Étendue par arrêtés du 8 avril 2003 et du 11 mai 2004,
Journal officiel du 19 avril 2003 et du 22 mai 2004)*

Avenant n° 1 du 22 février 2023
à l'accord du 29 août 2022
relatif au maintien de dispositions territoriales
en matière de protection sociale complémentaire

NOR : ASET2350324M

IDCC : 2221

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

UDIMEC Isère,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

FO ;

CFTC ;

CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par accord en date du 29 août 2022, les partenaires sociaux territoriaux ont conclu un accord autonome relatif à la protection sociale complémentaire des salariés non-cadres et cadres des entreprises de la métallurgie de l'Isère et des Hautes-Alpes, lié à l'entrée en vigueur effective des dispositions nationales relatives à la protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN de la métallurgie du 7 février 2022, intervenue le 1^{er} janvier 2023.

Dans le cadre du déploiement des nouvelles règles territoriales de protection sociale complémentaire, les parties ont identifié des points nécessitant d'être précisés, complétés ou corrigés.

L'accord du 29 août 2022 est donc modifié comme suit.

Les autres dispositions de l'accord du 29 août 2022, non impactées par le présent avenant, demeurent inchangées.

Dispositions relatives aux garanties conventionnelles de frais de soins de santé (chapitre II et annexe 1 de l'accord du 29 août 2022)

Article 1^{er} | Modification de l'annexe 1 « Grille des garanties minimales "frais de soins de santé" » (socle territorial obligatoire)

L'article 14.1 de l'accord territorial du 29 août 2022 définit un niveau minimal de garanties de remboursement de frais de soins de santé devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises entrant dans son champ d'application, pour tous les salariés non-cadres et cadres visés par cet accord.

La grille des garanties minimales du socle territorial minimal conventionnel obligatoire, pour le personnel non-cadre et cadre, est présentée en annexe 1 de l'accord du 29 août 2022.

Cette grille doit être modifiée et complétée afin de répondre pleinement aux exigences de la réglementation du contrat responsable (conditionnant le bénéfice des exonérations sociales), et pour prendre en compte l'ensemble des nouvelles dispositions conventionnelles résultant de la CCN de la métallurgie du 7 février 2022 avec son avenant modificatif du 1^{er} juillet 2022, et de l'accord territorial du 29 août 2022.

La nouvelle grille des garanties minimales « frais de soins de santé » (socle territorial obligatoire) jointe au présent avenant, annule et remplace la grille du même nom en annexe 1 de l'accord du 29 août 2022, pour le personnel non-cadre et cadre.

Sont listées ci-dessous les modifications (en gras) et principales précisions (non mises en italique) apportées à la grille initiale : elles sont communes au personnel non-cadre et cadre, s'agissant d'une grille unique pour ces 2 catégories de salariés.

Il convient également de prendre en compte les abréviations et renvois figurant au-dessus et sous les tableaux de garanties, avec notamment des limites à l'usage des postes optique et aides auditives.

■ Listes des modifications (gras) et principales précisions (non mises en italique) apportées à la grille initiale :

- hospitalisation : précision : la ligne « cas de la maternité » a été supprimée. Elle n'est pas utile, l'intitulé sur la nature des frais pris en charge en cas d'hospitalisation mentionnant qu'elle recouvre l'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité ;
- hospitalisation : précision : la ligne « Forfait patient urgence (FPU) » a été remontée dans la grille. Ce n'est donc pas un ajout de garantie. Colonne « Niveau d'indemnisation de cette garantie » : ajout des mentions soulignées : « 100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur » ;
- hospitalisation : **ajout de la ligne de garantie « Forfait actes lourds : 100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur »**. Une ligne de garantie similaire est présente au poste soins courants (pour cette dernière, ajout de la précision « limité au forfait réglementaire en vigueur ») ;
- hospitalisation, ligne « Chambre particulière » : précision : ajout des mentions soulignées : « Chambre particulière (y compris en ambulatoire) » ;
- soins courants, au sous-poste « Honoraires médicaux, non remboursés SS » : précision : la rédaction de cette ligne de garantie a été reformulée avec l'ajout des mentions surlignées : « chiropractie, ostéopathie, psychomotricité, étiothérapie, acupuncture, tabacologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESSE ou pour les étiothérapeutes, par un

professionnel diplômé admis au registre national des étioopathes et/ou sur présentation des pièces requises) » ;

- soins courants, au sous-poste « Honoraires paramédicaux », ajout de la ligne de garantie « **Psychologues (actes remboursés SS) : 100 % BR** ».
- soins courants : au sous-poste « Matériel médical », ligne « Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) » : colonne « Niveau d'indemnisation » : **modification du taux de prise en charge qui passe de 100 % à 200 % comme suit : « RSS + Crédit de 600 € par année civile (au minimum 200 % BR) » ;**
- dentaire, au sous-poste « Soins » : précision : ajout des mentions surlignées qui étaient initialement au sous-poste « Autres actes dentaires remboursés SS » : « Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention (y compris la parodontologie remboursée SS) » ;
- optique, au sous-poste « Équipements libres », ligne « Monture de classe B (quel que soit l'âge), niveau d'indemnisation » : précision : remplacement de la mention « crédit de 100 € » par « 100 € maximum », s'agissant en effet d'un plafond ;
- optique, au sous-poste « Équipements libres », ligne « Verres de classe B (quel que soit l'âge) » : initialement dans l'accord du 29 août 2022 la grille mentionnait les différents types de verres (simples, complexes, etc.) et le niveau d'indemnisation pour 2 verres (variable suivant les verres associés). Désormais la grille principale renvoie à la grille optique Verres de classe B qui suit avec la mention « Montants indiqués dans la grille optique ci-dessous en fonction du type de verres » donnant le montant en euros par type de verre. **Attention : suivant les 2 verres combinés (comprenant un verre complexe à 150 €), le montant total des 2 verres peut être supérieur au niveau d'indemnisation initial fixé dans l'accord du 29 août 2022 ;**
- optique, au sous-poste « Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B », ligne « Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme...) », niveau « d'indemnisation » : précision : la mention « dans la limite des PLV » est supprimée car cette limite n'est pas applicable. Le niveau d'indemnisation est : « 100 % BR » ;
- optique, au sous-poste « Autres dispositifs médicaux d'optique », ligne « Lentilles acceptées par la SS », niveau « d'indemnisation » : précision : la formulation est modifiée comme suit : « 100 % BR + crédit de 200 € par année civile », s'agissant en effet d'un crédit (un crédit non utilisé sur l'année « n » est en effet susceptible d'être reporté sur l'année « n + 1 »). La mention « et par bénéficiaire » est supprimée ;
- autres frais, ajout de la ligne de garantie : « **Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L. 162-48 et suivants du code de la sécurité sociale) : 100 % BR** » ;
- autres frais, ajout de la ligne de garantie : « **Assistance : oui** ». Cette garantie est obligatoire mais n'est pas définie précisément, laissant ainsi une certaine latitude sur son contenu (exemple : aide-ménagère, aide accompagnement...).

Dispositions relatives aux garanties conventionnelles de prévoyance lourde (chapitre III et annexe 2 de l'accord du 29 août 2022)

Article 2 | Modification de certaines dispositions de l'article 22 et de l'annexe 2 « Grille des garanties minimales "Prévoyance lourde" (socle territorial obligatoire) »

L'article 22 de l'accord territorial du 29 août 2022 définit un niveau minimal de garanties de prévoyance lourde (incapacité, invalidité et décès), devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises entrant dans son champ d'application, pour tous les salariés non-cadres et cadres visés par cet accord.

La grille des garanties minimales du socle territorial minimal conventionnel obligatoire, pour le personnel non-cadre et cadre, est présentée en annexe 2 de l'accord du 29 août 2022.

L'article 22 précité doit être modifié très partiellement, et la grille des garanties minimales doit être modifiée et complétée (précisions), afin de prendre en compte l'ensemble des nouvelles dispositions conventionnelles résultant de la CCN de la métallurgie du 7 février 2022 avec son avenant modificatif du 1^{er} juillet 2022, et de l'accord territorial du 29 août 2022.

Il est décidé :

A. Modification partielle de l'article 22 de l'accord territorial du 29 août 2022 :

1. Concernant la garantie incapacité temporaire de travail, le deuxième alinéa de l'article 22.1.d.ii doit être mis en conformité avec l'article 9 de l'avenant national du 1^{er} juillet 2022 venu modifier l'article 17.1.d de l'annexe 9 de la CCN de la métallurgie du 7 février 2022.

L'article 22.1.d.ii « Garantie "relais" » de l'accord territorial du 29 août 2022 est réécrit comme suit ; il annule et remplace celui de l'accord du 29 août 2022 :

■ Nouvelle rédaction de l'article 22.1.d.ii « Garantie "relais" » :

(suppression du mot « initial » au terme de la phrase du deuxième alinéa)

« Les salariés visés à l'article 5 bénéficient d'une garantie incapacité temporaire de travail, intervenant en relais des obligations patronales, notamment conventionnelles, d'indemnisation des absences pour maladie ou accident, c'est-à-dire à l'expiration desdites obligations d'indemnisation.

Les salariés ayant moins de 12 mois d'ancienneté bénéficient de la garantie "relais" susmentionnée, au terme d'un délai de franchise de 90 jours continus, décompté à compter du premier jour de leur arrêt de travail.

En tout état de cause, le cumul de ces indemnités journalières complémentaires (nettes de CSG et de CRDS) avec les indemnités journalières de sécurité sociale (nettes de CSG et de CRDS) ne peut excéder la rémunération nette qu'aurait perçue le salarié s'il avait continué à travailler.

L'ancienneté ouvrant droit aux garanties prévues par le présent accord est déterminée conformément aux dispositions applicables dans l'entreprise. »

2. Concernant la garantie DECES, la clause de dévolution contractuelle prévue à l'article 22.3.d relative aux bénéficiaires du capital décès, doit être mise en conformité avec l'avenant national du 1^{er} juillet 2022 venu modifier la CCN de la métallurgie du 7 février 2022.

L'article 22.3.d « Bénéficiaires » de l'accord territorial du 29 août 2022 est réécrit comme suit ; il annule et remplace celui de l'accord du 29 août 2022.

■ Nouvelle rédaction de l'article 22.3.d « Bénéficiaires » :

(en gras les mentions nouvelles ou modifiées.)

« La ou les personnes bénéficiaires du capital décès précédemment défini doit(vent) faire l'objet d'une désignation écrite et formelle de la part du salarié auprès de l'organisme ayant recueilli son adhésion. En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang et de prédécès de l'un ou de plusieurs d'entre eux, la part du capital leur revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité défini ci-après :

– au conjoint non séparé de corps judiciairement, ou dont la séparation à l'amiable a été retranscrite sur l'acte d'état civil, à la personne liée par le pacte civil de solidarité (Pacs), au concubin ;

- à défaut, et par parts égales entre eux, aux enfants de l'assuré, **nés ou à naître, vivants ou représentés** ;
- à défaut, aux descendants de l'assuré ;
- à défaut, **par parts égales entre eux aux ascendants directs de l'assuré, et en cas de décès de l'un d'eux, aux survivants (par exemple en cas d'adoption simple) par parts égales entre eux ou à l'unique survivant, pour la totalité** ;
- à défaut, aux autres héritiers de l'assuré à proportion de leurs parts héréditaires. »

B. Modifications et précisions apportées à la grille des garanties minimales du socle territorial obligatoire :

La nouvelle grille des garanties minimales « Prévoyance lourde » (socle territorial obligatoire) jointe au présent avenant, annule et remplace la grille du même nom en annexe 2 de l'accord du 29 août 2022, pour le personnel non-cadre et cadre.

Sont listées ci-dessous les modifications (en gras) et les principales précisions (non mises en italique) apportées à la grille initiale : elles sont communes au personnel non-cadre et cadre, sauf mention spécifique quand elles ne concernent qu'une seule de ces 2 catégories de salariés.

Il convient également de prendre en compte les abréviations et renvois figurant sous les tableaux de garanties.

■ Listes des modifications (en gras) et principales précisions (non mises en gras) apportées à la grille initiale :

- décès toutes causes : précision : la ligne « majoration par enfant à charge » est supprimée : elle ne donne en effet pas lieu à indemnisation ;
- IAD : **suppression de la mention (du chiffre) « 3 » après IAD** en raison de la définition correspondante : en effet **l'IAD ne concerne pas que la 3^e catégorie d'invalidité, mais aussi l'Incapacité permanente à 100 %** telle que mentionnée à l'article 22.3.a de l'accord du 29 août 2022 ;
- IAD : précision : ajout des mentions soulignées : « le versement de ce capital par anticipation met fin à la garantie "Décès toutes causes" » ;
- rente éducation : précision : ajout des mentions soulignées : à côté du titre « (en cas de décès du salarié) » et « Rente temporaire aux enfants à charge jusqu'à 25 ans (révolu) » ;
- rente éducation, colonne « Niveau d'indemnisation » : précision : ajout des mentions soulignées : « Montant annuel 10 % » ;
- rente éducation : précision : remplacement de la mention initiale « Orphelin de père et mère » par « Orphelin des deux parents » (terme conforme) ;
- rente éducation, ligne « **Orphelin des deux parents** » : le renvoi n° 2 sous le tableau rappelle la **condition prévue à l'article 22.5.c, 3^e alinéa de l'accord du 29 août 2022 : le décès des 2 parents doit intervenir dans un intervalle au plus égal à 12 mois** ;
- rente éducation : ajout de la mention soulignée « Enfant handicapé ou invalide 2^e et 3^e catégorie » ;
- rente éducation, « Base de calcul de la rente » : précision : ajout des mentions soulignées : « Salaire de référence T1/T2 (au minimum égal au plafond annuel sécurité sociale) ».
- incapacité : précision : ajout des mentions soulignées : « (en cas d'arrêt de travail du salarié pour maladie ou accident pris en charge par la sécurité sociale) » ;
- incapacité, « Franchise » : précision : la rédaction des modalités de la franchise applicable a été reformulée pour le personnel non-cadre et cadre ;
- incapacité, colonne « Niveau d'indemnisation » : précision : ajout des mentions soulignées « Dans la limite du net » ; cette mention figurait initialement dans la première colonne. Et ajout de « Prestation servie sous déduction des IJSS brutes et de l'éventuel salaire maintenu »

par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits à IJSS) ».

- incapacité pour le personnel cadre, colonne « Niveau d'indemnisation » : **la grille initiale omettait de mentionner que l'indemnisation est à hauteur de 100 % du salaire de référence du 1^{er} au 180^e jour d'arrêt de travail**, avant d'être fixée à 75 % du salaire de référence à compter du 181^e jour et jusqu'à expiration des droits (art. 22.1.c) de l'accord du 29 août 2022. **La nouvelle grille cadre mentionne désormais ces 2 niveaux d'indemnisation ;**
- sous les tableaux, pour le personnel non-cadre et cadre : **ajout des mentions « Inaptitude au travail : en cas d'inaptitude au travail du salarié déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle... ouvre droit au versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la sécurité sociale dans les conditions prévues par l'accord. Le montant de l'indemnité journalière complémentaire correspond à celui défini au titre de la garantie incapacité temporaire de travail. Elle est servie selon les mêmes modalités... d'incapacité temporaire de travail. » Cette garantie est en effet prévue par l'article 22.1.f de l'accord du 29 août 2022 ;**
- invalidité : précision : ajout des mentions soulignées, à côté du titre : « (en cas d'invalidité ou d'IPP prise en charge par la sécurité sociale dans les cas visés ci-dessous) » ;
- invalidité, colonne « Niveau d'indemnisation » : précision : ajout de la mention soulignée « Dans la limite du net » ; cette mention figurait initialement dans la première colonne.

Dispositions générales et finales

Article 3 | **Entrée en vigueur, date d'application**

Le présent avenant entre en application en même temps que les dispositions de l'accord territorial du 29 août 2022 qu'il vient modifier.

Article 4 | **Entreprises de moins de 50 salariés**

Au regard de l'objectif de solidarité intergénérationnelle, intragénérationnelle et interentreprises recherché, il est précisé qu'au regard de l'article L. 2232-10-1 du code du travail, le présent avenant ne contient pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de manière indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de l'accord territorial du 29 août 2022 afin de garantir à l'ensemble de ces salariés une couverture minimale uniforme.

Article 5 | **Condition. Durée. Révision et dénonciation**

La validité du présent avenant est subordonnée à l'entrée en vigueur effective des dispositions de l'accord territorial du 29 août 2022, lui-même lié à l'entrée en vigueur effective des dispositions nationales relatives à la protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN de la métallurgie en date du 7 février 2022.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé en tout ou partie par avenant conclu entre les parties suivant les règles légales et conventionnelles en vigueur.

Conformément aux dispositions de l'article 28 de l'accord du 29 août 2022, il est rappelé que les articles 14 et 22 dudit accord pourront faire l'objet d'une dénonciation unilatérale par l'une ou l'autre des parties, en cas d'évolution significative du coût de la protection sociale complémentaire dans le champ d'application défini à l'article 2 de l'accord du 29 août 2022, suivant les règles légales et conventionnelles en vigueur.

En cas de dénonciation, les entreprises relevant du champ d'application de l'accord territorial du 29 août 2022, resteront en tout état de cause tenues de respecter les dispositions nationales en vigueur en matière de protection sociale complémentaire de la nouvelle CCN de la métallurgie.

Article 6 | Formalités de notification et de dépôt

Après sa signature, le présent avenant sera notifié par la partie la plus diligente à l'ensemble des organisations représentatives, puis fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, auprès des services centraux du ministre chargé du travail et d'une remise aux secrétariats-greffes des conseils des prud'hommes de l'Isère et des Hautes-Alpes.

Article 7 | Suivi et rendez-vous

Conformément aux dispositions de l'article 31 de l'accord du 29 août 2022, les parties conviennent d'évoquer le suivi du présent avenant en même temps que celui de l'accord du 29 août 2022, et de se donner rendez-vous *a minima* une fois par an.

Également de se réunir à chaque fois que l'une d'entre elles en exprimera le besoin au regard des dispositions de l'accord, en particulier en cas d'évolution des règles nationales de la protection sociale complémentaire dans la branche, ou des règles légales et réglementaires en la matière.

Article 8 | Extension

Les parties conviennent de demander l'extension du présent avenant.

Fait à Grenoble, le 22 février 2023.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Grille des garanties minimales « Frais de soins de santé » (socle territorial obligatoire)

Personnels non-cadre et cadre

Annule et remplace celle de l'accord du 29 août 2022.

Régime socle

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

■ Abréviations :

- BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement ;
- DPTM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM/OPTAM-CO ;
- OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée ;
- OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie-obstétrique ;
- € : euro ;
- FR : frais réels engagés par le bénéficiaire ;
- HLF : honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire ;
- PLV : prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire ;
- PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

(Voir page suivante.)

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
EN CAS D'HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITÉ		CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Frais de séjour, salle d'opération		150 % BR
Forfait patient urgence (FPU)		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
Chambre particulière (y compris en ambulatoire)		60€ par jour
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 17 ans (sur présentation d'un justificatif)		60€ par jour

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
		CONVENTIONNÉ NON CONVENTIONNÉ
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100 % BR 100 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 130 % BR
► non remboursés SS		
Chiropractie, Ostéopathie, Psychomotricité, Étiopathie, Acupuncture, Tabacologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou RPPS ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS ou pour les étiopathes, par un professionnel diplômé admis au registre national des étiopathes et/ou sur présentation des pièces requises)		25 € par acte, limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100 % BR
Psychologues (actes remboursés SS)		100 % BR

Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR
Forfait actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Médicaments :	
► remboursés SS	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) :	
► remboursée SS	100 % BR
► non remboursée SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits	100 % FR
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	RSS + Crédit de 600 € par année civile (au minimum 200 % BR)
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Equipements 100 % Santé (*)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (***)		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	1 700 € (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)	100 % BR	

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	300 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	300 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	300 % BR	
Inlay core	300 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention (y compris la parodontologie remboursée SS)	125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	260 % BR	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 300 € par année civile	
Orthodontie non remboursée SS	250 % BR reconstituée	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Equipements 100 % Santé (*)		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***)		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 € maximum	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique <u>ci-dessous</u> en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphtosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 200 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 150 € par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

- La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'Arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

- Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	TYPE DE VERRES	Montant en € par verre (RSS inclus)
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	SIMPLE	75 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	COMPLEXE	125 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	SIMPLE	75 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	SIMPLE	75 €
		SPH > 0 et S > + 6	COMPLEXE	125 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	COMPLEXE	125 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	COMPLEXE	125 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	COMPLEXE	125 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	TRES COMPLEXE	175 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	COMPLEXE	150 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	COMPLEXE	150 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	TRES COMPLEXE	175 €
		SPH > 0 et S > + 8	TRES COMPLEXE	175 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	TRES COMPLEXE	175 €

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

AUTRES FRAIS

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	RSS + Forfait de 250 €
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 450 €
Télésurveillance médicale remboursée SS (dispositif prévu aux articles L162-48 et suivants du code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Assistance	oui

Annexe 2 Grille des garanties minimales « Prévoyance lourde » (socle territorial obligatoire)

Personnels non-cadre et cadre

Annule et remplace celle de l'accord du 29 août 2022.

(Voir page suivante.)

Personnel NON-CADRE

	Niveau d'indemnisation
DECES toutes causes Quelle que soit la situation de famille	100% du salaire de référence T1/T2
IAD (le versement de ce capital par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes)	100% du capital décès toutes causes
ALLOCATION OBSEQUES En cas de décès du salarié, conjoint ou enfant à charge	100% PMSS (dans la limite des frais réels)
RENTE EDUCATION (en cas de décès du salarié) Rente temporaire aux enfants à charge jusqu'à 25 ans (révolu) (1)	Montant annuel 10%
Orphelin des deux parents (2)	Doublement de la rente
Rente viagérée sans limite d'âge (3) Enfant handicapé ou invalide 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie	OUI
Base de calcul de la rente	Salaire de référence T1/T2 (au minimum égal au plafond annuel Sécurité sociale)
INCAPACITE (en cas d'arrêt de travail du salarié pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale) En relais des droits au maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles pour le salarié en bénéficiant (4) Franchise de 90 jours continus pour le salarié n'ayant pas 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise	Dans la limite du net : 75% du salaire de référence T1/T2 Prestation servie sous déduction des IJSS brutes et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits à IJSS)
INVALIDITE (en cas d'invalidité ou d'IPP prise en charge par la Sécurité sociale dans les cas visés ci-dessous)	Dans la limite du net :
1 ^{ère} catégorie d'invalidité	42% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (5)
2 ^{ème} catégorie d'invalidité	70% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (5)
3 ^{ème} catégorie d'invalidité	70% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (5)
IPP comprise entre 33% et 66%	N/66^{ème} de la rente 2 ^{ème} catégorie – RSs brute (5)
IPP supérieure à 66%	70% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (5)

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale.

Salaire de référence : salaire brut de référence tel que défini à l'Accord.

IJSS : Indemnité journalière de la Sécurité sociale.

RSs : Rente de la Sécurité sociale.

IPP : Incapacité permanente professionnelle.

IAD : Invalidité absolue et définitive du salarié avec reconnaissance par la Sécurité sociale en invalidité de 3^{ème} catégorie ou taux d'IPP à 100 % suite accident du travail/maladie professionnelle.

Notion de conjoint et d'enfant à charge : cf définition mentionnée à l'article 6 de l'Accord.

N = taux d'incapacité permanente professionnelle du participant reconnu par la Sécurité sociale.

INAPTITUDE AU TRAVAIL : En cas d'inaptitude au travail du salarié déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au salarié inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433-1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas le salarié bénéficiaire de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale susvisée, ouvre droit au versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par l'Accord. Le montant de l'indemnité journalière complémentaire correspond à celui défini au titre de la garantie incapacité temporaire de travail. Elle est servie selon les mêmes modalités, étant entendu que l'indemnité temporaire d'inaptitude se substitue dans le calcul de la prestation visée, à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale d'incapacité temporaire de travail.

- (1) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information.
- (2) En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.
- (3) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.
- (4) ou lorsque ces droits deviennent inférieurs à 75 % en cas d'arrêt de travail intervenant avant le 01.01.2024 au titre des obligations conventionnelles applicables antérieurement
- (5) et sous déduction de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature.

Personnel CADRE

	Niveau d'indemnisation
DECES toutes causes Quelle que soit la situation de famille	200% du salaire de référence T1/T2
IAD (le versement de ce capital par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes)	100% du capital décès toutes causes
ALLOCATION OBSEQUES En cas de décès du salarié, conjoint ou enfant à charge	100% PMSS (dans la limite des frais réels)
RENTE EDUCATION (en cas de décès du salarié) Rente temporaire aux enfants à charge jusqu'à 25 ans (révolu) (1)	Montant annuel 10%
Orphelin des deux parents (2)	Doublement de la rente
Rente viagérisée sans limite d'âge (3) Enfant handicapé ou invalide 2 ^{ème} et 3 ^{ème} catégorie	OUI
Base de calcul de la rente	Salaire de référence T1/T2 (au minimum égal au plafond annuel Sécurité sociale)
INCAPACITE (en cas d'arrêt de travail du salarié pour maladie ou accident pris en charge par la Sécurité sociale) En complément et en relais des droits au maintien de salaire de l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles pour le salarié en bénéficiant Franchise de 90 jours continus pour le salarié n'ayant pas 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise	Dans la limite du net : 100 % du salaire de référence T1/T2 jusqu'au 180 ^{ème} jour d'arrêt de travail puis 75 % du salaire de référence T1/T2 Prestation servie sous déduction des IJSS brutes et de l'éventuel salaire maintenu par l'employeur au titre de ses obligations conventionnelles (jusqu'à expiration des droits à IJSS)
INVALIDITE (en cas d'invalidité ou d'IPP prise en charge par la Sécurité sociale dans les cas visés ci-dessous)	Dans la limite du net :
1 ^{ère} catégorie d'invalidité	45% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (4)
2 ^{ème} catégorie d'invalidité	75% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (4)
3 ^{ème} catégorie d'invalidité	75% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (4)
IPP comprise entre 33% et 66%	N/66^{ème} de la rente 2 ^{ème} catégorie – RSs brute (4)
IPP supérieure à 66%	75% du salaire de référence T1/T2 – RSs brute (4)

PMSS : Plafond mensuel Sécurité sociale.

Salaire de référence : salaire brut de référence tel que défini à l'Accord.

IJSS : Indemnité journalière de la Sécurité sociale.

RSs : Rente de la Sécurité sociale.

IPP : Incapacité permanente professionnelle.

IAD : Invalidité absolue et définitive du salarié avec reconnaissance par la Sécurité sociale en invalidité de 3^{ème} catégorie ou taux d'IPP à 100 % suite accident du travail/maladie professionnelle.

Notion de conjoint et d'enfant à charge : cf définition mentionnée à l'article 6 de l'Accord.

N = taux d'incapacité permanente professionnelle du participant reconnu par la Sécurité sociale.

INAPTITUDE AU TRAVAIL : En cas d'inaptitude au travail du salarié déclarée, par le médecin du travail, à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, une indemnité temporaire d'inaptitude peut être versée au salarié inapte, par la Sécurité sociale, dans l'attente de la décision de reclassement ou de licenciement prise par l'employeur (articles L. 433-1, alinéa 5, et D. 433-2 à D. 433-8 du Code de la sécurité sociale). Dans ce cas le salarié bénéficiaire de l'indemnité temporaire d'inaptitude de la Sécurité sociale susvisée, ouvre droit au versement d'une indemnité journalière complémentaire à celle versée par la Sécurité sociale dans les conditions prévues par l'Accord. Le montant de l'indemnité journalière complémentaire correspond à celui défini au titre de la garantie incapacité temporaire de travail. Elle est servie selon les mêmes modalités, étant entendu que l'indemnité temporaire d'inaptitude se substitue dans le calcul de la prestation visée, à l'indemnité journalière de la Sécurité sociale d'incapacité temporaire de travail.

- (1) Voir la définition des enfants à charge indiquée aux conditions générales et à la notice d'information.
- (2) En cas de décès successifs ou simultanés du salarié et de son conjoint. Sont qualifiés de décès successifs du salarié et de son conjoint ceux qui interviennent dans un intervalle inférieur ou égal à 12 mois. Sont qualifiés de décès simultanés du salarié ou de son conjoint ceux qui interviennent au cours du même événement.
- (3) La rente éducation continue à être versée sans limitation de durée pour l'enfant à charge bénéficiaire d'une allocation pour adultes handicapés, ou reconnu en invalidité de 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale, avant le terme de versement de la rente éducation.
- (4) et sous déduction de tout revenu qui serait versé par l'employeur pour une activité à temps partiel ainsi que tout autre revenu du travail et allocations versées le cas échéant par le régime d'assurance chômage et/ou toute prestation de même nature