

Avenant n° 43 du 3 octobre 2024
à l'accord du 6 octobre 2015
relatif à la mise en place d'un régime complémentaire santé

NOR : ASET2450901M

IDCC : 2272

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

MAIAGE,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FAT UNSA ;

FGTE CFDT ;

FNST CGT ;

FO transport,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

À la suite de l'appel d'offres organisé par la CPPNI de la branche MAIAGE du 22 mai 2024 ayant eu pour objet une consultation des acteurs de la complémentaire santé dans le contexte spécifique des entreprises de la branche pour référencer des garanties et des tarifs cibles il a été acté :

- la mise en conformité des garanties du régime avec la réglementation en vigueur et l'adaptation du contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (respect du cahier des charges « Contrat responsable » prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et respect du panier minimal de soins prévu à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale) ;
- la durée du maintien des tarifs a été revue dans le contexte de la reconduction de l'accord.

Par ailleurs, le présent avenant a également pour objet de mettre en conformité les stipulations de l'accord du 6 octobre 2015 avec la réglementation applicable sur les thématiques suivantes :

- le maintien de garanties en cas de suspension de contrat de travail ;
- les cas de dispense d'adhésion au régime collectif obligatoire.

Article 1^{er} | *Maintien des garanties en cas de suspension de contrat de travail*

L'article 3.2.1 intitulé « Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées » est modifié comme suit :

« En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Les garanties sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- 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 ;
- 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...).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs durant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter la part salariale de la cotisation.

Le salarié, ainsi que, le cas échéant, ses ayants droit, continueront donc à bénéficier des garanties prévues par le régime mis en place par son employeur. »

Les stipulations de l'article 3.2.2 « Autres cas de suspension du contrat de travail » restent inchangées.

Article 2 | *Dispenses d'adhésion*

L'article 3.3 intitulé « Caractère obligatoire de l'adhésion » est modifié comme suit :

« L'adhésion des salariés aux garanties en vigueur de complémentaire santé est obligatoire.

Toutefois, sans remise en cause du caractère obligatoire du régime, les salariés suivants ont la faculté de demander à être dispensé d'adhérer aux garanties en vigueur :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents 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 douze 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 d'une couverture complémentaire santé solidaire. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 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 alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayant droit, de prestations servies :
 - dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif à adhésion obligatoire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
 - un régime de protection sociale complémentaire des personnels de l'État ;
 - un régime de protection sociale complémentaire des agents des collectivités territoriales ;
 - un contrat d'assurance de groupe frais de santé, répondant aux conditions de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite "loi Madelin" ;
 - un régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
 - un régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

Dans tous les cas, ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement frais de santé et produire les justificatifs requis dans un délai de trente (30) jours suivant la date de mise en place du régime ou d'embauche.

La demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En outre, les salariés sont tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an (et ce, avant le 31 janvier de chaque année), les informations permettant de justifier de leur situation.

En tout état de cause, à défaut de demande écrite et de justificatif, adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés aux garanties en vigueur de complémentaire santé.

S'agissant des entreprises non adhérentes aux contrats de garanties collectives souscrits auprès de l'organisme assureur référencé :

- elles devront, si elles le souhaitent, formaliser leur volonté d'appliquer tout ou partie de ces dérogations au caractère obligatoire au sein de l'acte juridique de mise en place de leur régime, au sens de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. À défaut, les salariés ne pourront pas se prévaloir des différents cas de dispense ;
- en cas de formalisation du régime complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur, la mise en œuvre éventuelle des dispenses s'entend sans préjudice de l'application, le cas échéant, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-10091 du 31 décembre 1989. »

Article 3 | **Garanties**

L'article 5.1 intitulé « Tableau de garanties », renvoie aux tableaux de garanties figurant dans l'annexe dénommée : Garanties collectives « complémentaire santé obligatoire ».

Pour donner suite à la décision de la branche de mettre en conformité ces garanties avec l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale, relatif au panier minimal de soins et d'équipements applicable aux régimes collectifs de frais de santé ainsi qu'avec le cahier des charges des contrats responsables, prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tel que précisé par l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, et par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à

l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale ainsi que par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, les tableaux de garanties sont modifiés comme suit :

Ces garanties sont exprimées en incluant le remboursement de la sécurité sociale que ce soit sur la base du régime général ou au régime local Alsace-Moselle (le cas échéant).

GRILLE DE GARANTIE MAIAGE		
	Base	Option 1
FRAIS D'HOSPITALISATION		
Frais de séjour - secteur conventionné	100% BR	100% BR
Honoraires - secteur conventionné OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	200% BR
Honoraires - secteur conventionné hors OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Forfait hospitalier journalier ⁽¹⁾	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR
Chambre particulière -secteur conventionné (hors ambulatoire)	-	3% PMSS / jour
MÉDECINE COURANTE		
Consultations généralistes OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Consultations généralistes hors OPTAM/ OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Consultations spécialistes OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	200% BR
Consultations spécialistes hors OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR
Radiologie OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Radiologie hors OPTAM / OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Transport remboursé par la SS	100% BR	100% BR
Psychologues conventionnés remboursés par la SS – par année civile et par bénéficiaire ⁷	100% BR	100% BR
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée par la SS (SMR important & modéré)	100% BR	100% BR
ORTHOPEDIE, PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES		
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	200% BR
Grand appareillage	100% BR	100% BR
DENTAIRE (Paniers libre et maîtrisé : limité à 3 prothèses / an / bénéficiaire, au-delà ticket modérateur)		
Soins et prothèses 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale limitée aux honoraires limite de facturation (HLF)	
Soins pris en charge par la SS ne relevant pas du dispositif 100% santé	100% BR	100% BR
Onlays Inlays	100% BR	100% BR
Orthodontie acceptée par la SS	125% BR	300% BR
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite HLF	
Panier libre :		
- Dents du sourire remboursées par la SS ⁽⁴⁾	125% BR	350% BR
- Dents de fond de bouche remboursées par la SS ⁽⁵⁾	125% BR	350% BR
Implantologie (implant et pilier dentaire)	-	200 € (maxi 2 actes / an)
FRAIS OPTIQUE ⁽⁶⁾		
Equipe ment 100% santé (verre, monture, prestation d'adaptation et d'appairage)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix de vente (PLV)	
Equipe ment du panier libre (verre et monture)	Voir grille optique	Voir grille optique
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées SS (y compris jetables)	100% BR + 100	100% BR + 100
Chirurgie réfractive de l'œil	-	200 € / œil
AIDES AUDITIVES (tous les 4 ans par oreille de date à date)		
Equipe ment 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix de vente (PLV)	
Equipe ment du panier libre	100% BR	100% BR + 500 €
PREVENTION ET MEDECINES DOUCES		
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR	100% BR
Cures thermales acceptées par la S.S. - 5% PMSS	100% BR	5% PMSS
Médecines douces reconnues	-	25 € / séance (3 séances / an)
Forfait maternité - adoption	-	5% PMSS

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. Les audiprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste «Aides auditives (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 41 / 42 / 43 / 44. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48. » (6) Prise en charge pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. (7) : plus de trois ans, un entretien puis jusqu'à 11 séances/an, selon dispositif en vigueur.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur - HLF : Honoraire Limite de Facturation - PLV : Prix Limite de Vente.

Grille optique (y compris remboursement de la sécurité sociale) :

GRILLE OPTIQUE ASSAINISSEMENT ET MAINTENANCE INDUSTRIELLE

Par verre, y compris BR (60% ou 90%)	Base		Option 1	
	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
Verres simple foyer, sphériques				
sphère comprise entre -6 à +6	35,00 €	35,00 €	50,00 €	60,00 €
sphère hors zone - 6 à +6	80,00 €	80,00 €	120,00 €	80,00 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques				
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	80,00 €	80,00 €	120,00 €	80,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	80,00 €	80,00 €	120,00 €	80,00 €
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	80,00 €	80,00 €	120,00 €	80,00 €
sphère < -6 et cylindre >= +0,25	80,00 €	80,00 €	120,00 €	80,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	80,00 €	80,00 €	120,00 €	80,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
sphère comprise entre -4 à +4	80,00 €	80,00 €	120,00 €	160,00 €
sphère hors zone de -4 à +4	80,00 €	80,00 €	120,00 €	200,00 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= +4	80,00 €	80,00 €	120,00 €	160,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= +8	80,00 €	80,00 €	120,00 €	160,00 €
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > +4	80,00 €	80,00 €	120,00 €	200,00 €
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	80,00 €	80,00 €	120,00 €	200,00 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +8	80,00 €	80,00 €	120,00 €	200,00 €
Monture	40,00 €	40,00 €	80,00 €	100,00 €

Prise en charge pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Article 4 | Cotisations

L'article 4.3 intitulé « Taux et répartition des cotisations » est modifié pour prendre en compte les tarifs suivants :

Régime Général	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION 1 base incluse (= régime collectif obligatoire)
	Base conventionnelle (= régime collectif obligatoire)	OPTION 1	
Adulte (salarié)	0,89% PMSS	+ 0,79% PMSS	1,68% PMSS
Adulte (conjoint facultatif)	+ 0,89% PMSS	+ 0,79% PMSS	+ 1,68% PMSS
Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3ème enfant	+ 0,56% PMSS	+ 0,44% PMSS	+ 1,00% PMSS

Régime Local	BASE CONVENTIONNELLE		OPTION 1 base incluse (= régime collectif obligatoire)
	Base conventionnelle (= régime collectif obligatoire)	OPTION 1	
Adulte (salarié)	0,34% PMSS	+ 0,77% PMSS	1,11% PMSS
Adulte (conjoint facultatif)	+ 0,34% PMSS	+ 0,77% PMSS	+ 1,11% PMSS
Enfant (facultatif) Gratuité à partir du 3ème enfant	+ 0,20% PMSS	+ 0,44% PMSS	+ 0,64% PMSS

La cotisation des garanties en vigueur de complémentaire santé obligatoire est financée *a minima* à hauteur de 50 % par l'employeur conformément à la réglementation actuelle.

L'article 4.4 intitulé « Évolution ultérieure de la cotisation du régime de complémentaire santé obligatoire » est modifié dans son premier alinéa comme suit : « Les taux de cotisations, mentionnés à l'article 4.3, fixés au renouvellement du régime, sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2026 à législation constante. »

Article 5 | Application de l'avenant

Compte tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés, dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime conventionnel de rembour-

sement de frais de soins de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

Le présent avenant s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

Article 6 | Date d'effet

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2025.

Le présent accord sera, conformément aux dispositions légales, notifié aux organisations syndicales représentatives et fera l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministère chargé du travail et auprès du secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris dans les conditions définies par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Fait à Paris, le 3 octobre 2024.

(Suivent les signatures.)