

Avenant n°19 à la convention collective nationale de la Mutualité relatif aux garanties de santé

Préambule

L'article 15.3 de la convention collective nationale de la Mutualité a créé « l'obligation pour les organismes entrant dans son champ d'application de mettre en place au bénéfice de leur personnel des garanties complémentaires santé auprès d'un organisme régi par le Code de la mutualité d'un niveau au moins égal à la couverture du ticket modérateur et participer à la cotisation. »

Compte tenu

- des dispositions de l'article 1 de la loi 2013-504 du 14 juin 2013 portant généralisation de la complémentaire santé dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, ainsi que des dispositions du décret du 8 septembre 2014 pris en application de la loi précitée ;
- des engagements, conformes à la loi, déjà pris dans la quasi-totalité des organismes mutualistes ;
- de la volonté des organismes mutualistes de s'inscrire dans le cadre des contrats solidaires et responsables ;
- du respect de la jurisprudence qui impose aux partenaires sociaux de souscrire sans nuance au principe de libre choix de l'organisme assureur, bien que la référence aux valeurs mutualistes leur semble devoir être encouragée ;
- de la volonté des partenaires sociaux de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurés par la loi relative à la sécurisation de l'emploi ;
- de la volonté des partenaires sociaux de prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Les partenaires sociaux de la branche Mutualité sont convenus des dispositions suivantes :

Article 1 – Garanties frais de santé

L'article 15.3 de la convention collective nationale de la Mutualité est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

«

15.3. – GARANTIES SANTE

Article 15.3.1. – Mise en place au niveau des entreprises

Tout salarié employé par un organisme relevant de la convention collective nationale de la Mutualité doit bénéficier d'une couverture complémentaire santé d'un degré élevé de solidarité dans le cadre

d'un contrat collectif à adhésion obligatoire (ci-après « contrat santé ») mis en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, à savoir :

- soit par voie d'accord collectif,
- soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Dans les entreprises où sont désignés un ou plusieurs délégués syndicaux, la négociation collective doit être privilégiée.

Article 15.3.2. – Caractéristiques du contrat santé

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal et ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs.

Cet avenant porte création en annexe d'un tableau de garanties (nouvelle annexe 7 de la convention collective nationale de la Mutualité) constituant le socle minimal devant être respecté par le contrat santé mis en place au profit des salariés relevant de la présente convention collective.

Le contrat santé doit également :

- respecter les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la définition des contrats solidaires et responsables ;
- fixer la participation de l'employeur au financement de la couverture santé du salarié à au moins 50% de la cotisation ;
- prévoir que la prise en charge de la cotisation salariale sera totale pour les salariés à temps partiel ainsi que pour les apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- aborder la question du maintien de la contribution de l'employeur au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu sans indemnisation ou maintien de rémunération.

Par ailleurs, les partenaires sociaux ont insisté sur le fait que le contrat santé visé ci-dessus peut notamment :

- prévoir des cas de dispense dans le respect des dispositions de l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale et des circulaires d'application ;
- envisager d'asseoir la cotisation sur un pourcentage du salaire.

Article 15.3.3. – Action sociale

Les garanties prévues dans le cadre du contrat santé intègrent obligatoirement des mesures relatives à l'action sociale.

Article 15.3.4. – Portabilité

Les salariés garantis collectivement, dans les conditions visées ci-dessus, bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'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 consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

Article 15.3.5. – Maintien de la couverture dans le cadre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la couverture santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente 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 suivant la rupture de leur contrat de travail, ou dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les assurés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès
- l'obligation de proposer le maintien de la couverture santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayant-droits) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi EVIN » incombe à l'organisme assureur

»

Article 2 – Dépôt / Extension / Entrée en vigueur

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du Code du travail, le présent avenant sera déposé en 2 exemplaires auprès des services centraux du Ministre chargé du travail.

Un exemplaire sera également remis au greffe du Conseil de Prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant auprès du Ministre chargé de la sécurité sociale et du Ministre chargé du budget, conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la sécurité sociale.

L'entrée en vigueur des dispositions de l'article 1 est fixée au premier jour suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent avenant à l'exception des dispositions des article 15.3.4 et 15.3.5. qui sont entrées en vigueur en application des dispositions légales antérieures.

Fait à PARIS, le 26 mai 2015

Pour la CFDT

Pour l'UGEM

Pour la CFTC

Pour la CGT

Pour la CFE-CGC

Pour la CGT-FO

ANNEXE – SOCLE DES GARANTIES

Nature des Garanties	Niveau des garanties <i>(les prestations ci-dessous incluent le remboursement du régime général de la sécurité sociale)</i>	
	Remboursement	Commentaires
Médecine courante		
Consultation - visite généraliste (CAS) <i>(i)</i>	100% BR	
Consultation - visite généraliste (hors CAS)	100% BR	
Consultation - visite spécialiste (CAS)	150% BR	
Consultation - visite spécialiste (hors CAS)	130% BR	
Imagerie médicale (CAS)	100% BR	
Imagerie médicale (hors CAS)	100% BR	
Actes de spécialités - ATM sans hospitalisation (CAS)	150% BR	
Actes de spécialités - ATM sans hospitalisation (hors CAS)	130% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR	
Analyses Biologie	100% BR	
Pharmacie	Remboursement	Commentaires
Pharmacie à 65%	100% BR	
Pharmacie à 30%	100% BR	
Pharmacie à 15%	100% BR	
Hospitalisation	Remboursement	Commentaires
Honoraires (CAS)	150% BR	
Honoraires (hors CAS)	130% BR	

Frais de séjour	100% BR	
Forfait journalier hospitalier	100% BR	
Chambre particulière MCO	45 € / jour	sans limitation de durée
Chambre particulière Maternité	50 € / jour	sans limitation de durée
Chambre particulière Psychiatrie	40 € / jour	dans la limite de 60 jours
Chambre particulière SSR	35 € / jour	sans limitation de durée
Chambre particulière Ambulatoire	15 € / jour	
Frais d'accompagnant (enfant - 16 ans)	15 € / jour	sans limitation de durée
Frais de transport	100% BR	
Dentaire	Remboursement	Commentaires
Soins dentaires / Stomatologie	100% BR	
Prothèses remboursées	230% BR	
Prothèses non remboursées	150 € / an	forfait par dent dans la limite de 3 dents (soit 450 € / an au maximum)
Orthodontie remboursée	230% BR	
Orthodontie non remboursée	150 € / semestre	
Parodontologie / Implantologie	300 €	forfait annuel global / puis TM au-delà du forfait
Optique : Lunettes (<i>un équipement (ii) tous les deux ans (iii) sauf évolution de la vue</i>)	Remboursement (iv)	Commentaires
Equipement simple (1)	250 €	dont monture ne pouvant pas dépasser 150 €
Equipement complexe (2)	350 €	dont monture ne pouvant pas dépasser 150 €
Equipement très complexe (3)	370 €	dont monture ne pouvant pas dépasser 150 €
Equipement mixte (1+2)	300 €	dont monture ne pouvant pas dépasser 150 €
Equipement mixte (1+3)	300 €	dont monture ne pouvant pas dépasser 150 €
Equipement mixte (2+3)	350 €	dont monture ne pouvant pas dépasser 150 €

Optique : Autres	Remboursement (iv)	Commentaires
Lentilles	150 € / an	puis TM au-delà du forfait
Chirurgie réfractive	350 € / œil	
Autres soins	Remboursement	Commentaires
Petit appareillage	150% BR	
Audio-Prothèses remboursées (v)	500 €	puis TM au-delà du forfait
Fauteuil Roulant	200% BR	
Cures thermales remboursées : honoraires et frais de traitement	100% BR	
Cures thermales remboursées : hébergement et transport	100% BR	
Actes de prévention	Remboursement	Commentaires
Prévention remboursée	TM	
Prévention non remboursée (vi)	100 €	forfait annuel global
Forfait actes médicaux lourds > 120 €	Remboursement	Commentaires
Prise en charge du forfait de 18 €	oui	sans limitation de durée

(i) CAS = contrat d'accès aux soins

(ii) un équipement = deux verres + une monture

(iii) à compter de l'équipement

(iv) les bases de remboursement en optique s'entendent TM inclus

(v) garantie exprimée par oreille et par an

(vi) actes tels que les vaccinations non obligatoires, le sevrage tabagique, la contraception, les médecines douces, l'ostéodensitométrie, l'ostéopathie...

Optique :

(1) Equipement simple : verres simple foyer sphère de - 6 à + 6 dioptries et cylindre < ou = à + 4 dioptries

(2) Equipement complexe : verres simple foyer sphère hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou cylindre > ou = à + 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

(3) Equipement très complexe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques sphère hors zone de - 4 à + 4 dioptries