Branche Mutualité

Avenant n°31 portant modification des dispositions de l'article 15.3 et de l'annexe 7 de la Convention collective de la Mutualité

Préambule

L'article 15.3 de la Convention collective 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 complémentaire santé (...) ».

En 2015, les partenaires sociaux ont conclu un avenant n° 19 modifiant l'article 15.3 et créant une annexe 7 à la Convention collective, et ce afin de tenir compte, notamment, d'évolutions légales et réglementaires en matière de garanties santé.

La réforme dite du « 100 % santé » a, de nouveau, amené les partenaires sociaux de la banche de la Mutualité à se réunir. En effet, cette réforme a un impact sur le cahier des charges des contrats responsables, ce qui nécessite de modifier l'annexe 7 susvisée qui décrit le socle des garanties.

Les partenaires sociaux ont également souhaité profiter du présent avenant pour préciser la rédaction de certains articles.

Dans ce contexte, le présent avenant a pour objet de modifier les dispositions de l'article 15.3 et de l'annexe 7 de la Convention collective de la Mutualité :

Article 1 – Garanties frais de santé

L'article 15.3. de la Convention collective de la Mutualité est intégralement réécrit comme suit :

«

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 de la Mutualité doit bénéficier d'une couverture complémentaire santé 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.

CL CJ

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.

L'annexe 7 de la Convention collective de la Mutualité comporte un tableau de garanties 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 socle 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 des garanties ou des valeurs solidaires, ce qui implique, à titre d'illustrations :
  - de 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 ;
  - d'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 insistent sur le fait que le contrat santé visé ci-dessus peut notamment :

- prévoir des cas de dispense dans le respect des dispositions du Code de la sécurité sociale (à ce jour prévues à l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale) et des circulaires d'application,
- asseoir la cotisation sur un pourcentage du salaire dans le respect des règles applicables.

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, dans les conditions légales (à ce jour prévues à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale) 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.

Les partenaires sociaux recommandent aux organismes mutualistes de prévoir, dans le contrat santé visé à l'article 15.3.2, une amélioration des dispositions du présent article, notamment en allongeant la durée de maintien des garanties pour les ayants droit bénéficiant de la portabilité en cas de décès de l'ancien salarié pendant la période de portabilité.

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 ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi « Evin » incombe à l'organisme assureur.

Article 2 – Modification de l'annexe 7

Le tableau de garanties figurant en annexe 7 de la Convention collective de la Mutualité, tel qu'issu de l'avenant n° 19 du 26 mai 2015, est intégralement modifié comme suit :

<u>Abréviations</u> :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM Option Pratique Tarifaire Maitrisée / OPTAM-CO Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique)
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limite de Vente
RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale

Nature des Garanties	Niveau des garanties (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	**100% BR**
Honoraires Adhérent DPTM Non Adhérent DPTM	 **150% BR** **130% BR**
Forfait actes médicaux lourds (> 120 €)	**prise en charge du forfait (24 € en 2019) sans limitation de durée**
Frais de Séjour	**100% BR**
Chambre particulière MCO (y compris maternité) Chambre particulière Psychiatrie Chambre particulière SSR Chambre particulière Ambulatoire	**50 € / jour sans limitation de durée** **40 € / jour dans la limite de 60 jours** **35 € / jour sans limitation de durée** **15 € / jour**
Frais d'accompagnant (enfant - 16 ans)	**15 € / jour sans limitation de durée**
Frais de transport	**100% BR**

CLCJ

Nature des Garanties	Niveau des garanties (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Dentaire	
Soins et prothèses entrant dans le Panier 100% santé (à partir du 1er janvier 2021 pour les appareil amovibles et réparations sur appareils amovibles)	**100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des HLF**
Autres soins dentaires / Stomatologie	**100% BR**
Prothèses du panier à honoraires maîtrisés	**230% BR dans la limite des HLF**
Autres prothèses acceptées par le régime obligatoire (Panier libre, ou appareil amovibles et réparations sur appareils amovibles du panier 100% santé avant le 1er janvier 2021)	**230% BR**
Prothèses non remboursées	**150 € / an - forfait par dent dans la limite de 3 dents (soit 450 € / an maximum)**
Orthodontie remboursée	**230% BR**
Orthodontie non remboursée	**150 € / semestre**
Parodontologie / Implantologie	**300 € forfait annuel global, puis TM au-delà**

CLCJ APUB

Nature des garanties	Niveau des garanties (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Optique	
Equipement 100% santé - Classe A	**100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV**
Prestation d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) Supplément pour verres avec filtres de Classe A	**100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV**
Lunettes acceptées par la Sécurité sociale - Classe B (hors équipement 100% santé)	
Forfait annuel équipement à verres simples (1) (hors 100% santé)	**250 €**
Forfait annuel équipement à verres complexes (2) (hors 100% santé)	**350 €**
Forfait annuel équipement à verres très complexes (3) (hors 100% santé)	**370 €**
Forfait annuel équipement mixte (1+2) ou (1+3) (hors 100% santé)	**300 €**
Forfait annuel équipement mixte (2+3) (hors 100% santé)	**350 €**
Dont monture ne pouvant pas dépasser	**100 €**
Supplément pour verres avec filtres de classe B	**100% BR**
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	**100% BR**
Lentilles	**150 € / an, puis TM au-delà**
Chirurgie réfractive	**350 € / œil**

Un équipement comprend une monture et deux verres.

Les catégories de verres simples, complexes et très complexes sont actuellement définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (simple = catégorie a, complexe = catégorie c et très complexe = catégorie f).

Remboursement limité à l'achat d'un équipement par période de 2 ans, sauf cas dérogatoires actuellement fixés dans 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 (§ VIII "Conditions de renouvellement").

Un panachage classe A et classe B (deux verres d'une part, et une monture d'autre part) est possible selon les modalités actuellement fixées dans 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 (§ VII.3."Dispositifs de classe A et de classe B").

Nature des Garanties	Niveau des garanties (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Aides auditives	
Equipement 100% santé - Classe 1- à partir du 1er janvier 2021 [1]	**100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV**
Equipement 100% santé - Classe 1 - avant le 1er janvier 2021 [1] [2]	**500 € puis TM au-delà du forfait, dans la limite des PLV**
Prothèses auditive - Classe 2 [1] [2] [3]	**500 € puis TM au-delà du forfait**
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale [4]	**100% BR**

[1] Par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)

[2] Garantie exprimée par oreille et par an

[3] Dans la limite du plafond par oreille actuellement fixé par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale à 1 700 € (remboursement Sécurité sociale inclus) et s'appliquant à compter du 1er janvier 2021

[4] Dans les limites actuellement fixées 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

Nature des Garanties	Niveau des garanties (remboursement de la Sécurité sociale inclus)
Soins courants	
Honoraires paramédicaux	**100% BR**
Honoraires médicaux	
Généraliste adhérent DPTM - consultations, visites	**100% BR**
Généraliste non adhérent DPTM - consultations, visites	**100% BR**
Spécialiste adhérent DPTM - consultations, visites	**150% BR**
Spécialiste non adhérent DPTM - consultations, visites	**130% BR**
Acte de spécialités - ATM sans hospitalisation - adhérent DPTM	**150% BR**
Acte de spécialités - ATM sans hospitalisation - non Adhérent DPTM	**130% BR**
Imagerie médicale	
Adhérent DPTM	**100% BR**
Non Adhérent DPTM	**100% BR**
Analyse et examens de laboratoire	**100% BR**
Médicaments	
Pharmacie à 65%	**100% BR**
Pharmacie à 30%	**100% BR**
Pharmacie à 15%	**100% BR**
Autres soins	
Petit appareillage	**150% BR**
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	
Prévention remboursée	**100% BR**
Prévention non remboursée *	**100 € - forfait annuel global**

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

CLCJ APUB

Article 3 : Dispositions diverses

Article 3.1 : Organismes mutualistes de moins de 50 salariés

Le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les organismes mutualistes de moins de cinquante salariés. En effet, l'objet du présent avenant, est précisément de fixer les dispositions minimales applicables en matière de garanties santé sans distinction selon la taille des organismes mutualistes.

Article 3.2 : Suivi de l'avenant

Cet avenant fera l'objet d'une évaluation par les membres de la CPPNI.

Article 3.3 : Clause de rendez-vous

Les parties conviennent de se réunir au plus tard le 31 décembre 2021, pour faire le point sur les incidences de son application.

Article 4 : Dépôt – Extension – Durée et date d'entrée en vigueur

Article 4.1 : Dépôt - Extension

Conformément aux dispositions légales, le présent avenant sera déposé en 2 exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du ministre chargé du travail (à ce jour, articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du Code du travail).

Un exemplaire sera également remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant auprès du Ministère du travail, en application des dispositions de l'article L. 2261-25 du Code du travail.

Article 4.2 : Durée – Date d'entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur au 1er janvier 2021.

L'extension mentionnée à l'article 4.1. prendra effet au 1er janvier de l'année suivant la publication de l'arrêté au bulletin officiel.

Fait à PARIS, le 20 novembre 2020

Pour la CFDT

Pour l'ANEM

Pour la CFE-CGC

Pour la CGT Floria SAUCIER

Pour la CGT-FO