

# **AVENANT N° 67 RELATIF AU TITRE XI DE LA CCN CONCERNANT LA COMPLEMENTAIRE SANTE**

## **Entre l'organisation représentative patronale:**

- **L'UNML** : Union Nationale des Missions Locales et PAIO et des Organismes d'Insertion Sociale et Professionnelle
- d'une part,

Et

## **Les organisations syndicales représentatives de salariés :**

- **CFDT**
  - Fédération PSTE : Fédération de la Protection Sociale du Travail et de l'Emploi
  - SYNAMI : Syndicat National des Métiers de l'Insertion
  
- **CGT**
  - FNPOS : Fédération Nationale des Personnels des Organismes Sociaux

d'autre part,

Ont convenu de ce qui suit :

*8/8/17*

**TITRE XI- COMPLEMENTAIRE SANTE**

Article XI-1 Champ d'application .....	4
Article XI-2 Objet de l'accord .....	4
Article XI- 3 Affiliation .....	4
<i>XI-3.1 Définition des bénéficiaires</i> .....	4
<i>a) Les salariés</i> .....	4
<i>b) Les ayants droit</i> .....	5
<i>XI-3.2 Les dispenses d'adhésion</i> .....	5
Article XI- 4 Maintien des garanties .....	6
<i>XI- 4.1 Cas de suspension du contrat de travail</i> .....	6
<i>XI- 4.2 Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage</i> .....	6
<i>XI- 4.3 Cas des anciens salariés</i> .....	6
<i>XI- 4.4 Cas des ayants droit de salarié décédé</i> .....	7
Article XI- 5 : Définition et contenu des garanties minimales .....	7
Article XI- 6 : Financement .....	9
<i>XI-6.1 Structure de la cotisation</i> .....	9
- <i>La catégorie dite « Isolé »</i> .....	9
- <i>La catégorie dite « Famille »</i> .....	9
<i>XI-6.2 Le montant et la répartition des cotisations</i> .....	9
Article XI -7 Organisme recommandé.....	10
Article XI- 8 Information individuelle .....	11
Article XI- 9 Degré élevé de solidarité .....	11
Article XI- 10 Suivi du régime de complémentaire santé.....	11
Article XI- 11 Effet et durée du présent accord.....	12
Article XI- 12 Révision et dénonciation de l'accord.....	12
Article XI- 13 Dépôt.....	12

## Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des Missions Locales et PAIO ont engagé une négociation concernant la révision de la couverture complémentaire santé collective et obligatoire des salariés de la branche des Missions Locales et PAIO.

A l'issue de ces travaux et de la procédure de mise en concurrence, la négociation entre les partenaires sociaux a été engagée dans la perspective de répondre à 3 objectifs majeurs pour les structures comme pour les salariés :

- harmoniser les avantages sociaux au sein du réseau des Missions Locales et PAIO,
- offrir un régime complémentaire santé supérieur à la loi et extensible aux membres de la famille,
- contribuer au bien-être des salariés de la branche.

Le présent avenant intègre notamment les dispositions du décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du 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.

Conformément au décret n°2015-13, les partenaires sociaux ont, au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, recommandé un organisme assureur pour assurer la gestion des garanties obligatoires de protection sociale complémentaire santé.

En conséquence, les partenaires sociaux de la branche des Missions Locales et PAIO ont conclu le présent avenant qui se substitue à l'accord du 15 octobre 2015 tel que modifié par les avenants 58 et 66 du 17 février 2016 et du 26 novembre 2019 et complète les dispositions permanentes de la Convention Collective Nationale des Missions Locales et PAIO du 21 février 2001 prévues titre XI intitulé « régime de complémentaire santé ».

---

## TITRE XI- COMPLEMENTAIRE SANTE

---

### **L'article XI-1 Champ d'application est modifié comme suit :**

Le présent accord s'applique aux employeurs relevant du champ d'application défini au titre I, article I-1 de la convention collective nationale des Missions Locales et PAIO du 21 février 2001.

Il s'applique aux salariés de la convention collective nationale des Missions Locales et PAIO du 21 février 2001 tel que défini dans l'article I-1 de la convention collective.

Conformément à la réglementation en vigueur, les parties signataires n'ont pas prévu de stipulations spécifiques pour les structures de moins de 50 salariés, dans la mesure où les dispositions relatives à la complémentaire santé ont vocation à s'appliquer dans toutes les Missions Locales et structures de la branche sans aucune condition d'effectif.

### **L'article XI-2 Objet de l'accord est modifié comme suit :**

Le présent accord a pour objet d'encadrer la complémentaire santé dans la branche des Missions Locales et PAIO au bénéfice des salariés visés à l'article XI-3 afin de permettre le remboursement complémentaire des frais occasionnés par la maladie, la maternité ou par un accident. Cette couverture permet ainsi le remboursement des frais exposés pour les prestations de santé, en complément, le cas échéant, de la prise en charge opérée par la sécurité sociale.

Il est vivement conseillé aux structures relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale, d'adhérer à l'organisme assureur recommandé par la branche et d'y affilier la totalité de leurs salariés.

Cet accord n'a pas pour objet de remettre en cause les accords existants. Il a surtout pour objectif d'offrir une couverture santé plus favorable que la loi et extensive à la famille, notamment pour les structures qui sont dépourvues d'un accord complémentaire santé.

Les structures ayant instauré un régime de frais de soins obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord peuvent conserver leur régime dès lors que les garanties assurées par ce dernier couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord. Le régime « complémentaire santé » défini par la branche est conforme à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats responsables ainsi qu'aux décrets et arrêtés pris pour son application (R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale).

En tout état de cause, la mise en place de la complémentaire santé dans les structures doit se faire dans le respect des règles de la négociation.

### **L'article XI- 3 Affiliation est modifié comme suit :**

Le présent régime « frais de santé » est un régime à adhésion obligatoire mis en place au bénéfice de l'ensemble des salariés des structures comprises dans le champ d'application défini à l'article XI-1 du présent accord.

#### **XI-3.1 Définition des bénéficiaires**

- a) Les salariés

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail. Les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quotepart de cotisations.

SAT 5

## b) Les ayants droit

Les garanties sont accordées au salarié et aux membres de sa famille à titre obligatoire désignés ci-dessous :

Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement dont le montant annuel brut est inférieur à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale ;

Les enfants rattachés à l'assuré ou à son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 25 ans si poursuite d'étude) ;

Les enfants jusqu'au jour de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :

- Etudiants percevant une rémunération pendant maximum trois mois dans l'année ou à défaut n'excédant pas 60% du SMIC mensuel,
- Sans condition d'âge pour les enfants reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH),
- A la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tel à Pôle Emploi.

Le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement dont le montant annuel brut est supérieur ou égal à 20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale devra avoir la faculté d'adhérer à titre facultatif.

### **XI-3.2 Les dispenses d'adhésion**

Le régime de Frais de Santé est à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés relevant de la Branche des Missions Locales et PAIO et affiliés au régime général ou local de la Sécurité sociale, quelle que soit la nature du contrat de travail.

En plus des dispenses de droit prévues aux article D911-2 et suivants du code de la sécurité sociale, ont la faculté de refuser d'adhérer au régime, quelle que soit leur date d'embauche :

- Les salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs conformément à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale ;
- 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 (CSS). Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.
- Les salariés bénéficiaires titulaires d'un contrat d'une durée déterminée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle

SJP

souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

#### **Article XI- 4 Maintien des garanties est modifié comme suit**

##### **L'article XI- 4.1 Cas de suspension du contrat de travail**

Conformément à la circulaire DSS/5B 2009-32 du 30 janvier 2009, les garanties frais de santé du régime susvisé sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dès lorsqu' ils bénéficient du maintien total ou partiel de leur salaire. La cotisation et les modalités de paiement sont celles prévues pour le personnel en activité.

Les garanties Frais de Santé du régime susvisé peuvent être maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non indemnisé avec financement à la charge exclusive des salariés. La cotisation est la même que celle prévue pour le personnel en activité.

##### **L'article XI- 4.2 Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage est modifié comme suit**

En application de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient du maintien du régime de Frais de santé, dans les conditions appliquées dans l'association, dès la cessation de leur contrat de travail (sauf faute lourde), sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour en bénéficier :

- Les droits à couverture complémentaire doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Le dispositif de portabilité ne concerne que les salariés bénéficiaires du régime de Frais de Santé au moment de la cessation de leur contrat de travail,
- L'ancien salarié doit fournir à l'assureur un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que l'assureur en fera la demande.

Le maintien de la garantie portera sur une durée égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié, ou à la durée des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de maintien est appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur. Cette durée de maintien ne peut pas dépasser la limite de 12 mois et la durée d'indemnisation au titre du chômage. Autrement dit, la cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des régimes fait cesser le maintien.

La portabilité devra également s'appliquer aux ayants droit ayant souscrit individuellement au régime. La durée de portabilité pour les ayants droit devra être identique à celle de l'ancien salarié.

##### **XI- 4.3 Cas des anciens salariés**

Conformément aux dispositions légales n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « EVIN », la couverture complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat au profit des 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 six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la

SM 5

période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

#### **XI- 4.4 Cas des ayants droit de salarié décédé**

Conformément aux dispositions légales n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « EVIN », la couverture complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès. Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

#### **L'Article XI- 5 : Définition et contenu des garanties minimales est modifié comme suit**

La couverture « frais de santé » a pour objet d'assurer le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié, en complétant acte par acte, les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Les prestations du régime complémentaire santé de la branche sont définies par un régime socle de base. Il est également prévu une option, à adhésion facultative ou obligatoire au choix de chaque structure, permettant d'améliorer les garanties du régime socle de base. Les garanties du régime socle de base et de l'option sont les suivantes :

SAR

**GARANTIES A EFFET DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2021**  
Les garanties exprimées incluent le remboursement de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels.

	<b>SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE</b>	<b>OPTION</b> incluant les remboursements du régime socle conventionnel obligatoire
<b>HOSPITALISATION (y compris en cas de maternité)</b>		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	DPTM : 200% BR Non DPTM : 180% BR	DPTM : 300% BR Non DPTM : 200% BR
Frais de séjour	100% FR	100% FR
Forfait hospitalier (y compris en service psychiatrique)	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée
Chambre particulière (y compris en cas de thérapie)	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	1,5% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100% BR	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>		
Consultations/visites - Généralistes	DPTM : 150% BR Non DPTM : 130% BR	DPTM : 250% BR Non DPTM : 200% BR
Consultations/visites - Spécialistes	DPTM : 200% BR Non DPTM : 180% BR	DPTM : 250% BR Non DPTM : 200% BR
Actes techniques médicaux	DPTM : 150% BR Non DPTM : 130% BR	DPTM : 250% BR Non DPTM : 200% BR
Analyses médicales, travaux de laboratoire	200% BR	250% BR
Radiologie, imagerie médicale	DPTM : 150% BR Non DPTM : 130% BR	DPTM : 250% BR Non DPTM : 200% BR
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150% BR	250% BR
Autres prothèses remboursées SS (hors dentaire et aide auditive)	150% BR	250% BR
<b>AIDES AUDITIVES (Période de renouvellement : un appareil tous les 4 ans/oreille)</b>		
Aides auditives 100% Santé (Classe I)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Aides auditives hors 100% Santé (Classe II)	200% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil	250% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil
Accessoires et fournitures	200% BR	250% BR
<b>AIDES AUDITIVES (Période de renouvellement : un appareil tous les 4 ans/oreille)</b>		
Aides auditives 100% Santé (Classe I)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Aides auditives hors 100% Santé (Classe II)	200% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil	250% BR et limité à 1700€ (y compris RSS) par appareil
Accessoires et fournitures	200% BR	250% BR
<b>PHARMACIE</b>		
Médicaments remboursés SS (y compris vaccins remboursés SS)	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée SS	-	70€ / an / bénéficiaire
Traitement des addictions non remboursé SS (tabagisme alcoolique)	-	50€ / an / bénéficiaire
<b>OPTIQUE (*)</b>		
Équipement (monture + 2 verres) 100% Santé (classe A)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Verres hors 100% Santé (classe B)	Cf grille optique	Cf grille optique
Monture hors 100% Santé (classe B)	100€	100€
Autres suppléments remboursés SS	100% BR	100% BR
Lentilles acceptées SS, refusées SS et jetables	3% PMSS / an / bénéficiaire	5% PMSS / an / bénéficiaire
Chirurgie de la myopie (par oeil)	<b>15% PMSS (**)</b>	15% PMSS
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et prothèses dentaires - panier 100% Santé	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Soins dentaires (y compris parodontologie remboursé SS)	<b>180% BR (**)</b>	250% BR
Soins et prothèses dentaires - panier maîtrisé	250% BR dans la limite des HLF	300% BR dans la limite des HLF
Inlays / Onlays - panier maîtrisé	<b>250% BR dans la limite des HLF (**)</b>	300% BR dans la limite des HLF
Soins et prothèses dentaires - panier libre	250% BR	300% BR
Inlays / Onlays - panier libre	<b>250% BR (**)</b>	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées SS	161,25€ / prothèse	268,75€ / prothèse
Orthodontie acceptée SS / semestre	<b>280% BR (**)</b>	330% BR
Orthodontie refusée SS / semestre	<b>200% BR reconstituée (**)</b>	250% BR reconstituée
Parodontologie non remboursé SS	100€ / an / bénéficiaire	200€ / an / bénéficiaire
Implants dentaires non remboursés SS	<b>400€ / an / bénéficiaire (**)</b>	<b>600€ / an / bénéficiaire (**)</b>
<b>CURE THERMALE</b>		
Cure thermale acceptée SS	10% PMSS / an / bénéficiaire	15% PMSS / an / bénéficiaire
<b>FORFAIT MATERNITE (par enfant, doublé en cas de naissance gémellaire)</b>		
Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance ou de son adoption	5% PMSS	15% PMSS
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>		
OSTEOPATHIE - CHIROPRACTIE - ETIOPATHIE - ACUPUNCTURE - <b>PSYCHOLOGUE (**)</b>	<b>1,5% PMSS / séance (**)</b> limité à 4 séances / an	1,5% PMSS / séance limité à 4 séances / an
<b>ACTES DE PREVENTION</b>		
7 actes figurant dans la liste de la HAS	100% BR	100% BR

(\*) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue  
 (\*\*) Amélioration au 1<sup>er</sup> janvier 2021  
 Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Tarifaires Maîtrisées (OPTAM - OPTAM-CO)  
 OPTAM - Option pratique tarifaire maîtrisée - OPTAM-CO - Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens - BR - Base de remboursement de la Sécurité sociale - PMSS - Plafond mensuel de la Sécurité sociale - TM - Ticket modérateur - HAS - Haute Autorité de Santé - HLF - honoraires limités de facturation - PLV - Prix limites de vente - FR - Frais réels - SS - Sécurité sociale - RSS - Remboursement de la Sécurité sociale

SAM J



## Régime frais de Santé « grille optique »

Verres hors 100% Santé (Classe B)

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) / verre (\*)

	SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE	OPTION incluant les remboursements du régime socle conventionnel obligatoire
<b>CYLINDRIQUES VERRES SIMPLE Foyer, SPHERIQUES</b>		
Sphère de -6 à +6	1,9% PMSS	2,7% PMSS
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,6% PMSS	3,4% PMSS
Sphère < -10 ou > +10	2,9% PMSS	4,0% PMSS
<b>VERRES SIMPLE Foyer, SPHERO-CYLINDRIQUES</b>		
Cylindre < +4, sphère de -6 à 0	2,2% PMSS	3,0% PMSS
Cylindre < +4, sphère positive et (sphère + cylindre) < +6	2,2% PMSS	3,0% PMSS
Cylindre < +4, sphère positive et (sphère + cylindre) > +6	3,2% PMSS	4,2% PMSS
Cylindre < +4, sphère < -6 ou > +6	2,7% PMSS	3,7% PMSS
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	3,2% PMSS	4,2% PMSS
Cylindre > +4, sphère positive et (sphère + cylindre) < +6	2,2% PMSS	3,0% PMSS
Cylindre > +4, sphère positive et (sphère + cylindre) > +6	3,2% PMSS	4,2% PMSS
Cylindre > +4, sphère < -6 ou > +6	3,5% PMSS	4,8% PMSS
<b>VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES</b>		
Sphère de -4 à +4	4,0% PMSS	5,4% PMSS
Sphère < -4 ou > +4	4,5% PMSS	6,1% PMSS
<b>VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES VERRES</b>		
Sphère de -8 à +8	5,0% PMSS	6,7% PMSS
Sphère < -8 ou > +8	5,4% PMSS	7,4% PMSS

(\*) un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue  
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

### L'Article XI- 6 : Financement est modifié comme suit

#### XI-6.1 Structure de la cotisation

Les cotisations du régime frais de santé retenues par la branche pour les salariés sont définies en deux catégories :

- La catégorie dite « Isolé »

Cette catégorie concerne le salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant affilié à titre obligatoire tel que défini à l'article XI-3.1 b.

- La catégorie dite « Famille »

Cette catégorie concerne le salarié ayant un ou plusieurs ayants droit affiliés à titre obligatoire tels que définis à l'article XI-3.1 b.

#### XI-6.2 Le montant et la répartition des cotisations

Le montant de la cotisation globale pour les garanties instaurées par le présent accord est fixé dans les tableaux ci-dessous :

SAT

## Régime général

Régime Général	Isolé <sup>(1)</sup>	Famille <sup>(2)</sup> (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif <sup>(3)</sup>
<b>Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)</b>	1,650%	3,080%	1,799%
Option facultative en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,492%	0,772%	0,543%
Option obligatoire en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,412%	0,645%	0,456%

\* PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

(1) Salarié « isolé » : salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge

(2) Salarié « famille » : salarié ayant de(s) enfant(s) à charge et/ou un conjoint (conubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est inférieur à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

(3) Conjoint affilié à titre facultatif : conjoint (conubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

## Régime Alsace Moselle

Régime Alsace Moselle	Isolé <sup>(1)</sup>	Famille <sup>(2)</sup> (salarié avec ayants droit affiliés à titre obligatoire)	Conjoint affilié à titre facultatif <sup>(3)</sup>
<b>Socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)</b>	1,020%	1,940%	1,110%
Option facultative en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,500%	0,770%	0,560%
Option obligatoire en complément de la cotisation du socle conventionnel obligatoire (en % PMSS*)	0,420%	0,650%	0,470%

\* PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

(1) Salarié « isolé » : salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge

(2) Salarié « famille » : salarié ayant de(s) enfant(s) à charge et/ou un conjoint (conubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est inférieur à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

(3) Conjoint affilié à titre facultatif : conjoint (conubin ou pacsé) dont le revenu annuel brut est supérieur ou égal à 20% du plafond annuel de la Sécurité sociale

### **La répartition de la cotisation se fera de la façon suivante :**

- La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le régime socle de base obligatoire uniquement,
- La cotisation « famille » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le régime socle de base obligatoire uniquement.

L'option peut être souscrite facultativement par le salarié (option facultative) ou obligatoirement par une structure (option obligatoire).

Le financement de ces cotisations est négocié au sein de chaque structure. Toutefois, dans le cas où la structure décide de souscrire obligatoirement à l'option, l'employeur doit participer pour au moins 50% du financement de l'option obligatoire.

L'ensemble des taux de cotisation ci-dessus seront maintenus pendant une durée de 2 ans à compter du 01/01/2021, soit jusqu'au 31/12/2022.

### **L'Article XI -7 Organisme recommandé est modifié comme suit**

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux structures couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues par la convention collective nationale, l'organisme assureur suivant : HARMONIE MUTUELLE - 143 rue Blomet, 75015 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux conformément à l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, à savoir dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

A cette fin les parties signataires se réuniront au plus tard 12 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le contrat d'assurance souscrit avec l'organisme recommandé avant le 31 décembre de chaque année sous respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

#### **L'Article XI- 8 Information individuelle est modifié comme suit**

Chaque salarié, puis tout nouvel embauché, recevra une notice d'information remis de la part de l'employeur contre décharge, résumant les principales dispositions du contrat, notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de survenance du risque.

Ces informations peuvent être délivrées par tout moyen savoir courrier, courriel, intranet...

Il est rappelé que lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'employeur est tenu de délivrer au salarié une information sur ses droits au titre de la portabilité des garanties et dans tous les cas d'informer l'organisme assureur de sa date de départ.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties liées à la prévoyance santé dans le certificat de travail.

#### **L'Article XI- 9 Degré élevé de solidarité est modifié comme suit**

Par le présent accord les partenaires sociaux ont la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif responsable et solidaire. La commission paritaire spéciale a décidé de constituer un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche et géré par l'organisme d'assurance recommandé. Son financement annuel est assuré par une part égale à 2 % des cotisations versées au titre de l'année. Il permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la Commission paritaire nationale de prévoyance dans la limite du montant disponible du fonds d'actions sociales. La commission paritaire spéciale en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel sur les comptes des régimes de branche et vérifie que la mise en œuvre par l'organisme d'assurance auprès duquel le fonds a été placé en gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

Conformément à ce que prévoit l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, la Branche des Missions Locales et PAIO souhaite que soient mises en place des prestations de solidarité, telles-que celles définies à l'article R.912-2 du code de la Sécurité sociale :

1. Prise en charge, totale ou partielle, des cotisations des salariés :
  - a. ou apprentis bénéficiaires d'un CDD de moins de 12 mois ;
  - b. lorsqu'elles représentent au moins 10 % de leurs revenus bruts (cette prestation de solidarité ne s'appliquera pas si la cotisation est exprimée en pourcentage du salaire).
2. Financement d'actions de prévention de santé publique ou de risques professionnels.
3. Prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel et/ou à titre collectif.

#### **L'Article XI- 10 Suivi du régime de complémentaire santé est modifié comme suit**

Le régime de complémentaire santé est administré par la commission paritaire nationale de prévoyance et de santé par délégation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale des Missions Locales et PAIO.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission au plus tard le 1er juillet pour les comptes

définitifs de l'exercice N-1 et avant le 30 septembre pour les comptes prévisionnels de l'exercice en cours.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions légales et réglementaires, le tableau de garanties et/ou des cotisations pourront éventuellement faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire nationale de prévoyance par délégation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

La commission aura également pour missions de veiller à l'équilibre du contrat ainsi qu'à la qualité du service rendu par le prestataire et de formuler le cas échéant des recommandations en vue de garantir sa pérennité.

Il sera établi par le secrétariat des commissions paritaires un relevé de décisions à chaque commission.

#### **Article XI- 11 Effet et durée du présent accord**

Le présent accord est conclu à durée indéterminée sous réserve de la période quinquennale indiqué à l'article XI-7.

Il prendra effet le 1er janvier 2021 sous réserve de l'exercice du droit d'opposition tel que défini par la loi.

#### **Article XI- 12 Révision et dénonciation de l'accord**

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales en vigueur.


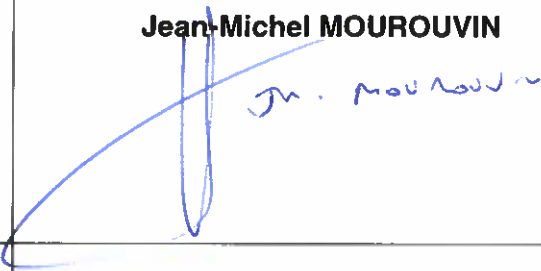
#### **Article XI- 13 Dépôt**

Il fera l'objet des formalités obligatoires prévues par le code du travail.

Il est déposé au Ministère du Travail par le secrétariat de la Commission Paritaire mandaté également pour en demander l'extension.

SAP 5

Fait à Paris, le 28 Septembre 2020

<p style="text-align: center;"><b>UNML</b></p> <p>Union Nationale des Missions Locales et PAIO et Organismes d'Insertion Sociale et Professionnelle Le président, <b>Jean-Patrick GILLE</b></p> <p>p.f. Sandrine ABOUBADRA-PAULY</p> <p></p>	<p style="text-align: center;"><b>CFDT</b></p> <p>Fédération PSTE : Fédération de la Protection Sociale du Travail et de l'Emploi <b>Philippe BERHAULT</b></p> <p>SYNAMI : Syndicat National des Métiers de l'Insertion</p> <p><b>Jean-Michel MOUROUVIN</b></p> <p></p>
<p style="text-align: center;"><b>CGT</b></p> <p>FNPOS : Fédération Nationale des Personnels des Organismes Sociaux <b>Jean-Philippe REVEL</b></p>	

