

Brochure n° 3114

Convention collective nationale

**IDCC : 959. – LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE
EXTRAHOSPITALIERS**

AVENANT DU 8 JUILLET 2016

RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1651035M

IDCC : 959

Entre

SNMB

SDB

D'une part, et

FNIC CGT

FFASS CFE-CGC

CFTC santé sociaux

Pharmacie LABM FO

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

La loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a prévu la généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers se sont réunis en vue de mettre en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national, à compter du 1^{er} janvier 2017.

Au long de leurs travaux, ils se sont accordés pour mettre en place :

- un régime solidaire sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé des bénéficiaires ;
- un régime mutualisé afin de rechercher le meilleur rapport garanties/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime ;
- un régime instituant des garanties plus avantageuses que celles prévues par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, tout en res-

pectant les conditions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;

- un régime instituant des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif ;
- un régime piloté paritairement afin d'en assurer la pérennité et la gestion au plus près des intérêts des salariés et des employeurs ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

En outre, les partenaires sociaux ont été particulièrement attentifs à la qualité et à la simplicité de la gestion administrative du régime.

À l'issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers ont décidé de mettre en place un régime frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2017.

Par ailleurs, le régime frais de santé mis en place présente un degré élevé de solidarité tel que prévu par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui complète les dispositions permanentes de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers du 3 février 1978 par la création d'un article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé ».

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a pour objet la création d'un article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » au sein de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers du 3 février 1978 rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux mettent en place un régime frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire sans considération notamment de l'ancienneté, l'âge et l'état de santé des bénéficiaires, au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2017.

Un pilotage paritaire de ce régime permettra d'en contrôler l'application, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

Ce régime collectif de frais de santé de la branche comporte les éléments suivants :

- une couverture minimale frais de santé à adhésion obligatoire pour le salarié seul destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, composée :
 - d'un niveau de garantie dénommé « base obligatoire » ;
 - d'un niveau de garantie amélioré dénommé « option » qui devra être souscrite par l'employeur soit dans le cadre d'une adhésion facultative dans la mesure où les partenaires sociaux sont sensibles à la possibilité pour le salarié d'améliorer sa couverture collective obligatoire s'il le souhaite, soit dans le cadre d'une adhésion obligatoire ;
 - et d'une couverture collective à adhésion facultative organisant la possibilité pour les salariés couverts à titre collectif, à leur charge exclusive, de faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes ;
- le maintien temporaire de la couverture santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, dispositif dénommé « portabilité santé » ;
- des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité destinées à promouvoir une politique active d'action sociale et de prévention.

Afin d'assurer une mutualisation la plus large possible, les partenaires sociaux ont décidé de recommander un organisme assureur pour la couverture du régime frais de santé mis en place au bénéfice de l'ensemble des salariés, permettant ainsi à chaque employeur de souscrire un contrat d'assurance parfaitement conforme aux obligations découlant du présent article.

Cette recommandation a été précédée d'une procédure de mise en concurrence telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, initiée par un avis d'appel à la concurrence publié dans L'Argus de l'assurance et Le Moniteur et sur le site Marchés online dans le respect des principes de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et qui a permis le choix par les partenaires sociaux de l'organisme assureur le mieux disant.

Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et une convention cadre.

I. – Hiérarchie des normes et accords d'entreprise

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent article selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans le laboratoire de biologie médicale extrahospitalier par accord collectif, les stipulations de ce dernier devront être adaptées en conséquence conformément aux dispositions de l'article L. 2253-2 du code du travail et dans le respect des dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article L. 2253-3 du code du travail.

II. – Bénéficiaires du régime frais de santé de branche et dispenses d'affiliation

A. – Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime de frais de santé bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail, quelle que soit sa nature, des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers dès la date d'effet du présent article ou dès leur date d'embauche si celle-ci est postérieure.

Par salarié, il faut entendre ceux en activité ainsi que ceux en suspension du contrat de travail dont le régime frais de santé est maintenu selon les conditions et modalités fixées ci-après au G.

B. – Dispenses d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de santé, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7 III 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale.

- Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au régime de frais de santé :
- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à 3 mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable. - s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures :
 - les salariés bénéficiant de l'ACS ou de la CMU-C. 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 bénéficiant de prestations servies, au titre d'un autre emploi, y compris en tant qu'ayant droit au titre de l'un des dispositifs suivants :

- couverture collective et obligatoire ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire des IEG ;
- mutuelles de la Fonction publique ;
- Madelin.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime collectif obligatoire dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées aux articles précités et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

C. – Couverture collective à adhésion facultative des ayants droit du salarié

Au-delà du régime frais de santé à adhésion obligatoire de la branche, les laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers doivent proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Par ayants droit, il convient d'entendre :

Le conjoint du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- l'époux(se) du salarié, non divorcé(e) ou non-séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Les enfants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner les enfants du salarié légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :

- de moins de 21 ans, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;
- quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

III. – Prestations garanties du régime frais de santé de branche

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées ci-après doivent bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé « option »

Les prestations garanties de l'option sont détaillées ci-après.

Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J.

Les laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers devront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire. Dans ce dernier cas, les laboratoires devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

(Voir tableaux pages suivantes.)

GARANTIES BASE CONVENTIONNELLE	Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale	
	Base obligatoire	Option (sous déduction de la base obligatoire)
HOSPITALISATION		
Honoraires, ACO, ADA, ADC CAS	250% BR	350% BR
Honoraires, ACO, ADA, ADC non CAS	200% BR	200% BR
Frais de séjour	250% BR	350% BR
Chambre Particulière de nuit (y compris maternité)	60 €/ nuit	80 €/ jour
Chambre Particulière ambulatoire	25 €/ jour	32€/ jour
Forfait journalier (y compris forfait psychiatrique)	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire acte lourd	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnant (enfant de -16 ans)	60 €/ jour	80 €/ jour
FRAIS MEDICAUX		
Consultation ou visite Généraliste CAS	100% BR	200% BR
Consultation ou visite Généraliste non CAS	100% BR	175% BR
Consultation ou visite Spécialiste CAS	170% BR	230% BR
Consultation ou visite Spécialiste non CAS	150% BR	200% BR
Pharmacie	100 % BR	100 % BR
Radiologie, Imagerie médicale, Echographie CAS	170% BR	200% BR
Radiologie, Imagerie médicale, Echographie non CAS	150% BR	175% BR
Analyses, actes de biologie	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux (dont infirmier(e)s, kinésithérapeutes, pédicures-podologues)	150% BR	200% BR
Petite chirurgie, Actes Techniques médicaux CAS	170% BR	200% BR
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux non CAS	150% BR	175% BR
DENTAIRE limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au-delà, garantie égale à celle du Décret n°2014-1025 (125% BR)		
Soins dentaires	100% BR	100 % BR
Soins dentaires avec dépassements (dont Onlays, Inlays)	150% BR	200% BR
Orthodontie prise en charge par le RO	300% BR	350% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	200% BRR	250% BRR
Prothèses dentaires remboursables dents du sourire	300% BR	350% BR
Prothèses dentaires remboursables dents du fond	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursables	200 €/ dent	400 €/ dent
Inlays-cores	150% BR	200% BR
Parodontologie	300 €/ an	400 €/ an
Implantologie	300 €/ dent	400 €/ dent

GARANTIES BASE CONVENTIONNELLE	Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale	
	Base obligatoire	Option (sous déduction de la base obligatoire)
OPTIQUE		
Montures		
Verres unifocaux	Grille n°1	Grille n°2
Verres multifocaux		
Lentilles acceptées (par an / bénéficiaire)	150 €	160 €
Lentilles refusées et jetables (par an / bénéficiaire)	100 €	120 €
Kératochirurgie (par œil / bénéficiaire)	400 €	500 €
APPAREILLAGE et ACCESSOIRES MEDICAUX		
Prothèses auditives	100% BR + 400 €/ oreille / bénéf.	100% BR + 500 €/ oreille / bénéf.
Orthopédie et autres prothèses (mammaire, capillaire...)	100% BR + 400 €/ bénéf.	100% BR + 500 €/ bénéf.
ALLOCATIONS FORFAITAIRES		
Indemnité de naissance (Forfait par enfant)	150 €	200 €
Cures	100% BR	200% BR
Vaccins prescrits non remboursés	50 €/ an / bénéf.	120 €/ an / bénéf.
Dietéticien - 16 ans	50 €/ an / bénéf.	80 €/ an / bénéf.
Ostéodensitométrie osseuse	50 €/ an / bénéf.	110 €/ an / bénéf.
Ostéopathes - Chiropracteurs - Etiopathes - Acupuncteurs - Psychologues - Psychothérapeutes	25 €3x / an / bénéf.	35 €5x / an / bénéf.
Patch Anti Tabac	50 €/ an / bénéf.	150 €/ an / bénéf.
DIVERS		
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR
Actes de Prévention (Arrêté du 8 juin 2006)	100% BR	100% BR
Assistance à domicile (voir notice d'information)	oui	oui
Plateforme conseil / devis / réseau	oui	oui

Grille n°1	Mineurs < 18 ans			Rbt Ass.	Adultes			Rbt Ass.
	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>								
sphère de -6 à +6	12,04 €	7,22 €	60,00 €	200,00 €	2,29 €	1,37 €	90,00 €	280,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	26,68 €	16,01 €	70,00 €	220,00 €	4,12 €	2,47 €	100,00 €	300,00 €
sphère < -10 ou >+10	44,97 €	26,98 €	80,00 €	240,00 €	7,62 €	4,57 €	115,00 €	330,00 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	14,94 €	8,96 €	70,00 €	220,00 €	3,66 €	2,20 €	100,00 €	300,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	36,28 €	21,77 €	80,00 €	240,00 €	6,86 €	4,12 €	110,00 €	320,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	27,90 €	16,74 €	95,00 €	270,00 €	6,25 €	3,75 €	125,00 €	350,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	46,50 €	27,90 €	110,00 €	300,00 €	9,45 €	5,67 €	140,00 €	380,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>								
sphère de -4 à +4	39,18 €	23,51 €	130,00 €	340,00 €	7,32 €	4,39 €	160,00 €	420,00 €
sphère < -4 ou >+4	43,30 €	25,98 €	140,00 €	360,00 €	10,82 €	6,49 €	170,00 €	440,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>								
sphère de -8 à +8	43,60 €	26,16 €	155,00 €	390,00 €	10,37 €	6,22 €	190,00 €	480,00 €
sphère < -8 ou >+8	66,62 €	39,97 €	170,00 €	420,00 €	24,54 €	14,72 €	200,00 €	500,00 €
Monture	30,49 €	18,29 €	80,00 €		2,84 €	1,70 €	100,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans à partir de la date d'acquisition sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015

Grille n°2	Mineurs < 18 ans			Rbt Ass.	Adultes			Rbt Ass.
	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>								
sphère de -6 à +6	12,04 €	7,22 €	80,00 €	260,00 €	2,29 €	1,37 €	110,00 €	345,00 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	26,68 €	16,01 €	90,00 €	280,00 €	4,12 €	2,47 €	120,00 €	365,00 €
sphère < -10 ou >+10	44,97 €	26,98 €	100,00 €	300,00 €	7,62 €	4,57 €	130,00 €	385,00 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>								
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	14,94 €	8,96 €	90,00 €	280,00 €	3,66 €	2,20 €	120,00 €	365,00 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	36,28 €	21,77 €	100,00 €	300,00 €	6,86 €	4,12 €	130,00 €	385,00 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	27,90 €	16,74 €	110,00 €	320,00 €	6,25 €	3,75 €	140,00 €	405,00 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	46,50 €	27,90 €	140,00 €	380,00 €	9,45 €	5,67 €	150,00 €	425,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>								
sphère de -4 à +4	39,18 €	23,51 €	150,00 €	400,00 €	7,32 €	4,39 €	180,00 €	485,00 €
sphère < -4 ou >+4	43,30 €	25,98 €	160,00 €	420,00 €	10,82 €	6,49 €	190,00 €	505,00 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>								
sphère de -8 à +8	43,60 €	26,16 €	170,00 €	440,00 €	10,37 €	6,22 €	200,00 €	525,00 €
sphère < -8 ou >+8	66,62 €	39,97 €	180,00 €	460,00 €	24,54 €	14,72 €	210,00 €	545,00 €
Monture	30,49 €	18,29 €	100,00 €		2,84 €	1,70 €	125,00 €	

Le remboursement assureur s'entend par verre, les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans à partir de la date d'acquisition sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015

Cotisations et répartition

D. – Taux et assiette des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

A titre d'information, pour l'année 2017, les cotisations TTC servant au financement du régime sont fixées et réparties comme suit :

Structure de cotisation	Régime général	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,56%	+0,41%
affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,66%	+0,45%
affiliation facultative enfant*	0,89%	+0,21%

* gratuité à partir du 3ème enfant

Structure de cotisation	Régime local	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,09%	+0,41%
affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,16%	+0,45%
affiliation facultative enfant*	0,62%	+0,21%

* gratuité à partir du 3ème enfant

Structure de cotisation	Régime général	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,56%	+0,38%
affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,66%	+0,42%
affiliation facultative enfant*	0,89%	+0,20%

* gratuité à partir du 3ème enfant

Structure de cotisation	Régime local	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,09%	+0,38%
affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,16%	+0,42%
affiliation facultative enfant*	0,62%	+0,20%

* gratuité à partir du 3ème enfant

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur. Elles seront revues en cas de changement de ces textes par voie d'avenant à la convention collective nationale.

Les taux de cotisations « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire proposés par l'organisme assureur recommandé visé ci-après au J sont maintenus pour les exercices 2017 et 2018, hors évolution réglementaire.

E. – Répartition des cotisations

Quel que soit le niveau de garantie frais de santé obligatoire choisi par l'entreprise (niveau « base obligatoire » ou niveau « option ») au minimum 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire » est prise en charge par l'employeur.

En application du principe de faveur, chaque laboratoire reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

Si le salarié demande à bénéficier en sus de sa garantie frais de santé obligatoire du niveau de garantie « option » souscrite par l'employeur dans le cadre d'une adhésion facultative, la cotisation s'y rapportant est à sa charge exclusive.

Le salarié a la possibilité s'il le souhaite et à sa charge exclusive de demander que ses ayants droit tels que définis ci-avant au C, bénéficient du même niveau de garantie que lui (le niveau de couverture des ayants droit est strictement identique à celui dont bénéficie le salarié). Les cotisations « affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin » et « affiliation facultative enfant » mentionnées dans les tableaux ci-dessus sont à la charge exclusive du salarié.

F. – Cas du laboratoire de biologie médicale extrahospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1^{er} janvier 2017

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1^{er} janvier 2017, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime frais de santé de branche.

A ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses de droit mentionnées ci-avant au B) ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;
- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer des dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- la participation patronale du régime d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire ». Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant ci-avant dans D pour la base obligatoire pour des garanties strictement identiques, la part supplémentaire est entièrement due par l'employeur ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du V ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du VII ci-après et propose notamment les garanties présentant un degré élevé de solidarité.

IV. – Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche

G. – Conditions et modalités du maintien des garanties du régime frais de santé de branche en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, à la couverture optionnelle est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, de la couverture optionnelle.

Dans une telle hypothèse, le laboratoire de biologie médicale extrahospitalier verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et le cas échéant la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

En cas de suspension du contrat de travail avec absence de maintien de salaire, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

H. – Maintien temporaire des garanties du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « portabilité santé »

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture base obligatoire et, le cas échéant, au titre de la couverture « option » souscrite dans un cadre collectif obligatoire ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient du maintien à titre gratuit – c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces couvertures 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, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

1. Le maintien de la couverture 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 12 mois ;

2. le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4. 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 ;

5. 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.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

I. – Maintien à l'identique des garanties du régime frais de santé de branche : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin »

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Evin » et rappelées ci-après.

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux 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) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement ses ayants droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale de 1 an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

Sous réserve d'en être informé par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien temporaire des garanties visé ci-avant au H ou du décès du salarié.

Les résultats techniques afférents à ces maintiens à l'identique seront présentés à la commission paritaire nationale de la branche.

Par ailleurs dans l'éventualité où l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier d'un maintien à l'identique, des formules dites « d'accueil » standard pourront lui être proposées par l'organisme assureur.

A titre informatif, les cotisations proposées par l'organisme recommandé ci-après au J pour les anciens salariés et bénéficiaires sont les suivantes :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Base obligatoire	Option	Base obligatoire	Option
Conjoint de salarié décédé	2,15	2,92	1,50	2,18
Enfant de salarié décédé	0,89	1,08	0,62	0,81
Chômeur	2,02	2,74	1,41	2,05
Bénéficiaires de rente d'incapacité de travail ou d'invalidité	2,02	2,74	1,41	2,05
Conjoint du non-retraité	2,15	2,92	1,50	2,18
Enfant du non-retraité	0,89	1,08	0,62	0,81
Retraité	2,34	3,16	1,63	2,37
Conjoint du retraité	2,49	3,37	1,74	2,52
Enfant du retraité	0,89	1,08	0,62	0,81

Une partie des bénéficiaires voit leur cotisation réduite par rapport aux dispositions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime frais de santé de la branche.

V. – Mutualisation du régime frais de santé de la branche

J. – Organisme assureur recommandé

Pour permettre la couverture des garanties prévues dans le présent article ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties, les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de recommander l'organisme assureur suivant : Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, ayant son siège 21, rue Lafitte, 75009 Paris.

L'organisme assureur recommandé propose aux employeurs la souscription de contrats d'assurance négociés par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans le présent article.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

K. – Réexamen de la recommandation

Le principe et les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminés par les partenaires sociaux conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent article, soit pour le 1^{er} janvier 2022. A cette fin, la commission paritaire nationale se réunira spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

VI. – Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1 alinéa 1^{er} du code de la sécurité sociale, le régime frais de santé de branche prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

L. – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Dans le cadre du degré élevé de solidarité, les partenaires sociaux décident de mettre en œuvre des actions, qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles des organismes assureurs (notamment par une action sociale institutionnelle).

Les partenaires sociaux peuvent notamment décider :

- de mettre en place des prestations d'action sociale :
 - soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.
- de mettre en place des actions collectives de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres à la branche et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés ;
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie particulièrement.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale et les modalités de prise en charge totale ou partielle de la cotisation seront déterminées par la commission paritaire nationale par voie d'avenant à la convention.

M. – Financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, la part de la cotisation qui est affectée au financement des garanties présentant un degré élevé de solidarité est égale à 2 % des cotisations hors taxes « salarié seul en obligatoire » de la base obligatoire définies au D ci-avant et versées

par les laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers. Ce financement est affecté dans un fonds de solidarité destiné à financer ces garanties.

Article 2

Date d'effet

Le présent avenant sera déposé aux services du ministère en vue de son extension. Il prend effet à sa date de signature pour les employeurs adhérents à l'une des fédérations patronales signataires du présent avenant et au 1^{er} janvier 2017 pour les employeurs non adhérents à l'une des fédérations patronales signataires.

Fait à Paris, le 8 septembre 2016.

(Suivent les signatures.)