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 1er 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 1er 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.

A 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 1er 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 1er

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 1er 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 1er 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 2e 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 1er et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1er 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 28e 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 Verres multifocaux	Grille n°1	Grille n°2
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.
Diététicien - 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.
Type de Verre	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
Verres Simple Foyer, Sphérique								
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 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
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.
Type de Verre	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
Verres Simple Foyer, Sphérique								
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 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
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

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 :

	Régime général	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
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

	Régime local	
	Base obligatoire	Option facultative pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
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

	Régime général	
	Base obligatoire	Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
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 du3ème enfant

	Régime local	
	Base obligatoire	Option obliagtoire pour le salarié en surcoût de la base
Structure de cotisation		
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 du3ème 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 1er janvier 2017

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1er 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'examens 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 1er 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 1er 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 1er janvier 2017 pour les employeurs non adhérents à l'une des fédérations patronales signataires.

Fait à Paris, le 8 septembre 2016.

(Suivent les signatures.)

Décrets, arrêtés, circulaires

CONVENTIONS COLLECTIVES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Arrêté du 28 avril 2017 portant extension d'un avenant à la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers (n° 959)

NOR : *ETST1713097A*

La ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social,

Vu le code du travail, notamment son article L. 2261-15 ;

Vu l'arrêté du 20 novembre 1978 et les arrêtés successifs portant extension de la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers du 3 février 1978 et des textes qui l'ont complétée ou modifiée ;

Vu l'avenant du 8 septembre 2016 relatif à la complémentaire santé, à la convention collective nationale susvisée ;

Vu la demande d'extension présentée par les organisations signataires ;

Vu l'avis publié au *Journal officiel* du 14 décembre 2016 ;

Vu les avis recueillis au cours de l'enquête ;

Vu l'avis motivé de la Commission nationale de la négociation collective (sous-commission des conventions et accords) rendu lors de la séance du 25 avril 2017,

Arrête :

Art. 1er. – Sont rendues obligatoires, pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans le champ d'application de la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extra-hospitaliers du 3 février 1978, les dispositions de l'avenant du 8 septembre 2016 relatif à la complémentaire santé, à la convention collective nationale susvisée.

L'article I de l'avenant susvisé est étendu sous réserve de l'application des dispositions du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Art. 2. – L'extension des effets et sanctions de l'avenant susvisé prend effet à compter de la date de publication du présent arrêté pour la durée restant à courir et aux conditions prévues par ledit avenant.

Art. 3. – Le directeur général du travail est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 28 avril 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général du travail,
Y. STRUILLOU

Nota. – Le texte de l'avenant susvisé a été publié au *Bulletin officiel* du ministère, fascicule conventions collectives n° 2016/47, disponible sur le site www.journal-officiel.gouv.fr/bocc.

Brochure n° 3114

Convention collective nationale

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

AVENANT DU 14 JUIN 2018

RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : *ASET1850839M*
IDCC : *959*

Entre :

SNMB ;

SLBC ;

SDB,

D'une part, et

FNIC CGT ;

Pharmacie LABM FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par avenant du 8 juillet 2016, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers ont mis en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national.

Vu le nouvel article L. 871-1 du code de la sécurité sociale issue de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ;

Vu le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques,

il a été convenu d'apporter les modifications suivantes à la convention collective nationale du 3 février 1978 des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers :

Article 1er

Le titre « Cotisations et répartition » de l'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« IV. – Cotisations et répartition »

Article 2

Le titre « IV. – Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche » de l'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« V. – Maintien et conditions de suspension de la garantie frais de santé du régime de branche ».

Article 3

Le titre « V. – La mutualisation du régime frais de santé de la branche » de l'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« VI. – la mutualisation du régime frais de santé de la branche »

Article 4

Le titre « VI. – Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche » de l'article 26 *bis* III est désormais libellé comme suit :

« VII. – Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité du régime frais de santé de branche ».

Article 5

L'article 26 *bis* III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais rédigé comme suit :

« 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 tableau page suivante.)

GARANTIES	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 dans le cadre des DPTM	250 % BR	350 % BR
Honoraires, ACO, ADA, ADC hors DPTM	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 MÉDICAUX		
Consultation ou visite Généraliste dans le cadre des DPTM	100 % BR	200 % BR
Consultation ou visite Généraliste hors DPTM	100 % BR	175 % BR
Consultation ou visite Spécialiste dans le cadre des DPTM	170 % BR	230 % BR
Consultation ou visite Spécialiste hors DPTM	150 % BR	200 % BR
Pharmacie	100 % BR	100 % BR
Radiologie, Imagerie médicale, Échographie dans le cadre des DPTM	170 % BR	200 % BR
Radiologie, Imagerie médicale, Échographie hors DPTM	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 dans le cadre des DPTM	170 % BR	200 % BR
Petite chirurgie, Actes techniques médicaux hors DPTM	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	Base obligatoire	OPTION
OPTIQUE		
Montures	cf. Grille n° 1	cf. Grille n° 2
Verres unifocaux		
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 MÉDICAUX		
Prothèses auditives	100 % BR + 400 €/oreille/bénéficiaire	100 % BR + 500 €/oreille/bénéficiaire
Orthopédie et autres prothèses (mammaire, capillaire…)	100 % BR + 400 €/bénéficiaire	100 % BR + 500 €/bénéficiaire
ALLOCATIONS FORFAITAIRES		
Indemnité de naissance (forfait par enfant)	150 €	200 €
Cures	100 % BR	200 % BR
Vaccins prescrits non remboursés	50 €/an/bénéficiaire	120 €/an/bénéficiaire
Diététicien - de 16 ans	50 €/an/bénéficiaire	80 €/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	50 €/an/bénéficiaire	110 €/an/bénéficiaire
Ostéopathes - Chiropracteurs - Étiopathes - Acupuncteurs - Psychologues - Psychothérapeutes	25 € 3x/an/bénéficiaire	35 € 5x/an/bénéficiaire
Patch anti-tabac	50 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
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

* Tel que défini dans 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.

FRAIS COUVERTS
Les remboursements indiqués s'entendent sous déduction de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés.
Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire.
La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au TM.
La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.
Pour les garanties exprimées en forfait, les prestations hors réseau et dans le réseau ne sont pas cumulatives. Il en est de même pour les garanties remboursées et non remboursées. Un seul des forfaits peut être utilisé dans les limites précisées.

GLOSSAIRE

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais Réels

TM : Ticket Modérateur : Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

ACO : Actes d'obstétrique

ADA : Actes d'anesthésie

ADC : Actes de chirurgie

DPTM : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluant l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.

Grille n° 1	Mineurs < 18 ans			Rbt Ass.	Adultes			Rbt Ass.
Type de Verre	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
Verres Simple Foyer, Sphérique								
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 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
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.
Type de Verre	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
Verres Simple Foyer, Sphérique								
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 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques								
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 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques								
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.

Article 6

Le paragraphe F « Cas du laboratoire de biologie médicale extrahospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1er janvier 2017 » de l'article 26 *bis* est désormais rédigé comme suit :

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

À 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 collectif d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation "salarié seul en obligatoire" (fixée ci-avant dans D), soit au moins égale à 0,78 % du PMSS en vigueur. Cette disposition s'applique lorsque le régime collectif d'entreprise présente soit des prestations strictement identiques (à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III) soit des prestations garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties, à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III. Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant ci-avant dans D, soit supérieure à 1,56 % du PMSS pour la base obligatoire pour :
  – des garanties strictement identiques à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur ;
  – des garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties à celles du niveau "base obligatoire" visées ci-avant au III, la part supplémentaire de cotisation 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. »

Article 7

L'alinéa 9 du paragraphe 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 « Évin » est désormais rédigé comme suit :

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

(Voir tableau page suivante.)

Régime GENERAL			Base	Option (Yc base)
LOI EVIN	Conjoint de salarié décédé		1,66%	2,08%
	Conjoint		2,34%	2,91%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,56%	1,94%
		Ancien salarié - année 2	1,95%	2,42%
		Ancien salarié - année 3	2,34%	2,91%
		Ancien salarié - année 4	A déterminer en fonction de l'équilibre du régime	
	Enfant		0,89%	1,09%

Régime LOCAL			Base	Option (Yc base)
LOI EVIN	Conjoint de salarié décédé		1,16%	1,58%
	Conjoint		1,63%	2,20%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,09%	1,47%
		Ancien salarié - année 2	1,36%	1,83%
		Ancien salarié - année 3	1,63%	2,20%
		Ancien salarié - année 4	A déterminer en fonction de l'équilibre du régime	
	Enfant		0,62%	0,82%

Article 8

Le présent avenant prend effet le 1er juillet 2018. Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension.

Fait à Paris, le 14 juin 2018.

(Suivent les signatures.)

Décrets, arrêtés, circulaires

CONVENTIONS COLLECTIVES

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Arrêté du 2 août 2019 portant extension d'un avenant à la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (n° 959)

NOR : *MTRT1923048A*

La ministre du travail,

Vu le code du travail, notamment son article L. 2261-15 ;

Vu l'arrêté du 20 novembre 1978 et les arrêtés successifs portant extension de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978 et des textes qui l'ont complétée ou modifiée ;

Vu l'avenant du 14 juin 2018 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé, à la convention collective nationale susvisée ;

Vu la demande d'extension présentée par les organisations signataires ;

Vu l'avis publié au *Journal officiel* du 25 septembre 2018 ;

Vu les avis recueillis au cours de l'enquête ;

Vu l'avis motivé de la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle (sous-commission des conventions et accords), rendu lors de la séance du 7 mars 2019,

Arrête :

Art. 1er. – Sont rendues obligatoires, pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans le champ d'application de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978, les dispositions de l'avenant du 14 juin 2018 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé, à la convention collective nationale susvisée.

L'article 5 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Art. 2. – L'extension des effets et sanctions de l'avenant susvisé prend effet à compter de la date de publication du présent arrêté pour la durée restant à courir et aux conditions prévues par ledit avenant.

Art. 3. – Le directeur général du travail est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 août 2019.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général du travail,
Y. Struillou

Nota. – Le texte de l'avenant susvisé a été publié au *Bulletin officiel* du ministère, fascicule conventions collectives n° 2018/36, disponible sur le site www.journal-officiel.gouv.fr/bocc.

Brochure n° 3114

Convention collective nationale

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

AVENANT DU 20 JUIN 2019

RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : *ASET1951310M*
IDCC : *959*

Entre :

SNMB ;

SLBC ;

SDB,

D'une part, et

FNIC CGT ;

Pharmacie LABM FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Considérant l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui met en place le panier de soins « 100 % santé » permettant la prise en charge intégrale des frais d'optique, dentaire et d'audiologie.

À cette fin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 élargit la couverture du contrat responsable aux aides auditives.

Considérant le nouveau cahier des charges du contrat responsable qui est fixé aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tels que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Considérant l'adaptation de la couverture minimale des garanties collectives d'assurance santé des salariés mise 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 par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019.

Considérant la nécessaire mise en conformité, avant le 1er janvier 2020, des conventions de branche mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture

minimale obligatoire et collective prévue par l'article L. 911-7 précité, aux conditions prévues par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

En conséquence de quoi, les parties signataires du présent avenant décident de modifier l'article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » de la convention collective de la façon suivante.

Compte tenu de la nature de l'avenant, il n'y a pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 1er

Le III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« 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 extra-hospitaliers 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 extra-hospitaliers 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).

CCN Laboratoires

DATE D'EFFET
01/01/2020

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale Française, dès lors qu'elle intervient.

FRAIS COUVERTS à compter du 01/01/2020

			BASE OBLIGATOIRE Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	BASE + OPTION Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
H **HOSPITALISATION** (1) **en établissement conventionné ou non** (2)	**Frais de séjour**		250% BR	350% BR
	Honoraires			
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BR	350% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale			
		Par nuitée (y compris maternité)	60 €	80 €
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	25 €	32 €
	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale			
		Bénéficiaire de moins de 16 ans - par nuitée	60 €	80 €
	Forfait maternité (prime de naissance) Non remboursée par la Sécurité sociale	Par enfant	150 €	200 €

DENTAIRE (5) **auprès d'un professionnel**	**Soins et prothèses 100 % Santé****		sans reste à payer (11)	sans reste à payer (11)
	Soins			
		Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100% BR	100% BR
		Soins dentaires avec dépassements dont Inlay/onlay	150% BR	200% BR
		Parodontologie	TM	TM
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale- par an et par bénéficiaire	300 €	400 €
	Prothèses autres que 100 % Santé			
	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et Prothèses dentaires à tarifs libres	dents du sourire (8)	300%BR	350%BR
		dents de fond de bouche (9)	250%BR	300%BR
		inlays cores	150% BR	200% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	200 € / dent	400 € / dent
	Implantologie			
		par implant et par bénéficiaire	300 €	400 €
		Couronne sur implant : dents du sourire (8) Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres	300%BR	350%BR
		Couronne sur implant : dents de fond de bouche (9) Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres	250%BR	300%BR
	Orthodontie (6)			
		Par semestre de traitement et par bénéficiaire	300% BR	350% BR
		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	200% BRR	250% BRR
	Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100% Santé (7) (hors soins dentaires et orthodontie)		Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au délà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au délà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

OPTIQUE **Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales**	**Équipement 100 % Santé**** (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		Grille Optique n° 1 *****	Grille Optique n° 2 *****
	Lentilles			
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minima TM)	160 € (minima TM)
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €	120 €
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	400 €	500 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT **par oreille** **renouvellement par appareil tous les 4 ans**	**À compter du 01/01/2021 :**			
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC		
		Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
		Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
	Jusqu'au 31/12/2020 :			
		Aide auditive - par an et par bénéficiaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	**Honoraires médicaux**			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
	chez un généraliste	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	175% BR
	chez un spécialiste	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	230% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
	Actes d'imagerie médicale	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
	Honoraires paramédicaux	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	150% BR	200% BR
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% BR + 400 € / an / bénéficiaire	100% BR +500 € / an / bénéficiaire
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (10)	100% BR	100% BR
	Cures thermales		100% BR	200% BR
	Médicaments			
		Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR
		Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	150 €
		Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	120 €
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel			
		Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, psychologue, psychothérapeutes	25 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	35 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an
		Diététicien - 16 ans - par an et par bénéficiaire	50 €	80 €
		Ostéodensitométrie osseuse - - par an et par bénéficiaire	50 €	110 €
	Assitance à domicile (voir notice d'information)		oui	oui
	Plateforme conseil/devis/réseau		oui	oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

*** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique**) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site **annuairesante.ameli.f**r est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(7) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(10) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Grille Optique			1		2	
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Remboursement assureur y compris le remboursement de la Sécurité sociale		Remboursement assureur y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
			Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		sphère < à -6 ou > à + 6	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	70,00 €	100,00 €	90,00 €	120,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70,00 €	100,00 €	90,00 €	120,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		sphère < à -4 ou > à + 4	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
Monture			80 €	100 €	100 €	100 €

Article 2

Le présent avenant prendra effet le 1er janvier 2020. Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension.

Fait à Paris, le 20 juin 2019.

(Suivent les signatures.)

Décrets, arrêtés, circulaires

CONVENTIONS COLLECTIVES

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Arrêté du 20 mai 2020 portant extension d'un avenant à la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers (n° 959)

NOR : *MTRT2012211A*

La ministre du travail,

Vu le code du travail, notamment son article L. 2261-15 ;

Vu l'arrêté du 20 novembre 1978 et les arrêtés successifs portant extension de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978 et des textes qui l'ont complétée ou modifiée ;

Vu l'avenant du 20 juin 2019 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé, à la convention collective nationale susvisée ;

Vu la demande d'extension présentée par les organisations signataires ;

Vu l'avis publié au *Journal officiel* du 10 janvier 2020 ;

Vu les avis recueillis au cours de l'enquête ;

Vu l'avis motivé de la Commission nationale de la négociation collective, de l'emploi et de la formation professionnelle (sous-commission des conventions et accords), rendu lors de la séance du 19 mai 2020,

Arrête :

Art. 1er. – Sont rendues obligatoires, pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans le champ d'application de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers du 3 février 1978, les stipulations de l'avenant du 20 juin 2019 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé, à la convention collective nationale susvisée.

L'article 1er de l'avenant est étendu sous réserve du respect des modalités de prise en charge des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique, prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

Art. 2. – L'extension des effets et sanctions de l'avenant susvisé prend effet à compter de la date de publication du présent arrêté pour la durée restant à courir et aux conditions prévues par ledit avenant.

Art. 3. – Le directeur général du travail est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 mai 2020.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général du travail,
Y. Struillou

Nota. – Le texte de l'avenant susvisé a été publié au *Bulletin officiel* du ministère, fascicule conventions collectives n° 2019/45, disponible sur le site www.journal-officiel.gouv.fr/bocc.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

Accord du 9 juillet 2021
relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé
de la Convention collective nationale du 3 février 1978
des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers-IDCC 959

COMMISSION PARITAIRE PERMANENTE DE NEGOCIATION ET D'INTERPRETATION - CPPNI DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE EXTRA HOSPITALIERS

Entre	Noms	Signatures
Syndicat des Biologistes (SDB) **11 rue de Fleurus 75006 PARIS**	François Blanchecotte	DocuSigned by: C8FCDE765A3E4A4...
et		
Fédération Nationale des Syndicats des services de Santé et des services sociaux (CFDT) **47 avenue Simon Bolivar 75019 PARIS**	JOVANOVIC Stevan	DocuSigned by: 44EFDCF009C94E6...
Fédération Nationale des industries chimiques (CGT) **263 rue de Paris, case 429 93514 MONTREUIL CEDEX**	VALLETTE	NON SIGNATAIRE
Fédération Nationale Force Ouvrière des métiers de la pharmacie, LBM, cuirs et habillement (FO) **7 passage Tenaille 75014 PARIS**	Veitl	non signataire

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

Convention collective nationale du 3 février 1978 des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers IDCC 959

Accord du 9 juillet 2021 relatif au régime collectif et obligatoire de frais de santé

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 1er janvier 2016.

Les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers se sont réunis en vue de mettre en place un régime collectif et obligatoire de frais de santé au niveau national, à compter du 1er janvier 2022.

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°2019-65 du 31 janvier 2019 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 respectant les conditions des articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale tel que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 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 tel que prévu par l'article L.912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application ;
- 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.

A l'issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ont décidé de mettre en place un régime frais de santé obligatoire, mutualisé, responsable et solidaire au niveau national à compter du 1er janvier 2022.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

En application de l'article L. 2261-23-1 du Code du travail, le présent accord ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. Les dispositions du présent accord visent à assurer une couverture « frais de santé » à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, quelle que soit la taille des structures qui les emploient.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord qui s'incorpore au sein de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers.

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent accord a pour objet d'instaurer un régime de frais de santé au bénéfice des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention collective nationale des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers.

Les dispositions du présent accord prévalent sur les dispositions adoptées au niveau de l'entreprise qu'elles résultent d'un accord collectif au sens de l'article L2232-11 du Code du Travail ou d'un référendum ou d'une décision unilatérale adoptées antérieurement ou postérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord sauf lorsqu'elles assurent des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Il en résulte que le dispositif adopté au niveau de l'entreprise, selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale, pourra prévoir des améliorations de garanties en augmentant le niveau de celles prévues par le présent accord ou en créant des garanties supplémentaires.

ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES DU REGIME FRAIS DE SANTE 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 extra-hospitaliers dès la date d'effet du présent accord ou dès leur date d'embauché 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 2ème alinéa et D. 911-2 et suivants du Code de la sécurité sociale.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

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, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à trois 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 la couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L861-3 du code de la sécurité sociale. 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 1er et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1er janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

Bénéficient du «versement santé» dans les conditions fixées à l'article L.911-7-1 I et II du code de la sécurité sociale, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à trois mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à quinze heures par semaine. Le montant du «versement santé» est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale.

C - Couverture collective à adhésion facultative des ayants-droit du salarié

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

Au-delà du régime frais de santé à adhésion obligatoire de la branche, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers 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 deux ans ou sans condition de durée lorsqu'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 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 28ème 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).

ARTICLE 3 - PRESTATIONS GARANTIES DU REGIME FRAIS DE SANTE 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 extra-hospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé «option»

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

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 extra-hospitaliers 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 la 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).

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale Française, dès lors qu'elle intervient.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

			BASE OBLIGATOIRE	BASE + OPTION
			Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
H **HOSPITALISATION** (1) **en établissement conventionné ou non** (2)	**Frais de séjour**		**250% BR**	**350% BR**
	Honoraires			
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**250% BR**	**350% BR**
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**200% BR**	**200% BR**
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale		**100 % DE sans limitation de durée**	**100 % DE sans limitation de durée**
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale			
		Par nuitée (y compris maternité)	**60 €**	**80 €**
		Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	**25 €**	**32 €**
	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale			
		Bénéficiaire de moins de 16 ans - par nuitée	**60 €**	**80 €**
	Forfait maternité (prime de naissance) Non remboursée par la Sécurité sociale	Par enfant	**150 €**	**200 €**

DENTAIRE (5) **auprès d'un professionnel**	**Soins et prothèses 100 % Santé****		**sans reste à payer (11)**	**sans reste à payer (11)**
	Soins			
		Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	**100% BR**	**100% BR**
		Soins dentaires avec dépassements dont Inlay/onlay	**150% BR**	**200% BR**
		Parodontologie	**TM**	**TM**
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale- par an et par bénéficiaire	**300 €**	**400 €**
	Prothèses autres que 100 % Santé			
		dents du sourire (8)	**300% BR**	**350% BR**
	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et Prothèses dentaires à tarifs libres	dents de fond de bouche (9)	**250% BR**	**300% BR**
		inlays cores	**150% BR**	**200% BR**
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	**200 € / dent**	**400 € / dent**
	Implantologie			
		par implant et par bénéficiaire	**300 €**	**400 €**
		Couronne sur implant : dents du sourire (8)	**300% BR**	**350% BR**
		Couronne sur implant : dents de fond de bouche (9)	**250% BR**	**300% BR**
	Orthodontie (6)			
		Par semestre de traitement et par bénéficiaire	**300% BR**	**350% BR**
		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	**200% BRR**	**250% BRR**
	Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100% Santé (7) (hors soins dentaires et orthodontie)		**Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au délà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.**	**Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au délà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.**

OPTIQUE **Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales**	**Équipement 100 % Santé**** (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		Grille Optique n° 1	Grille Optique n° 2
	Lentilles			
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minima TM)	160 € (minima TM)
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €	120 €
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	400 €	500 €

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT **par oreille** **renouvellement par appareil tous les 4 ans**				
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC		
		Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
		Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	**Honoraires médicaux**			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
	chez un généraliste	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**100% BR**	**200% BR**
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**100% BR**	**175% BR**
	chez un spécialiste	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**170% BR**	**230% BR**
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**150% BR**	**200% BR**
	Actes techniques médicaux	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**170% BR**	**200% BR**
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**150% BR**	**175% BR**
	Actes d'imagerie médicale	**Adhérent** aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**170% BR**	**200% BR**
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	**150% BR**	**175% BR**
	Honoraires paramédicaux	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	**150% BR**	**200% BR**
	Analyses et examens de laboratoire		**100% BR**	**100% BR**
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	**100% BR + 400 € / an / bénéficiaire**	**100% BR +500 € / an / bénéficiaire**
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (10)	**100% BR**	**100% BR**
	Cures thermales		**100% BR**	**200% BR**
	Médicaments			
		Médicaments remboursés à 65%	**100% BR**	**100% BR**
		Médicaments remboursés à 30%	**100% BR**	**100% BR**
		Médicaments remboursés à 15%	**100% BR**	**100% BR**
		Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	**50 €**	**150 €**
		Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	**50 €**	**120 €**
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale			
		Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, psychologue, psychothérapeutes	**25 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an**	**35 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an**
		Diététicien - 16 ans - par an et par bénéficiaire	**50 €**	**80 €**
		Ostéodensitométrie osseuse - - par an et par bénéficiaire	**50 €**	**110 €**
	Assitance à domicile		**oui**	**oui**
	Plateforme conseil/devis/réseau		**oui**	**oui**

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site **annuairesante.ameli.fr** est à la disposition de tous.

** Tels que définis règlementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(7) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(10) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dan

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

GRILLES OPTIQUES

				Grille optique n°1		Grille optique n°2	
				ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE
Simple	UNIFOCAUX	VU1 (1)	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		VU2	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
		VU3	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	70,00 €	100,00 €	90,00 €	125,00 €
Complexe		VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de-6,00 à +6,00 dioptries	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
		VU5	Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre- 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		VU6	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à- 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		VU7	verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
	MULTIFOCAUX	VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		VM2	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		VM3	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
Très Complexe		VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de-4,00 à + 4,00 dioptries	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
		VM5	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM6	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à-8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		VM7	verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

ARTICLE 4 - COTISATIONS ET REPARTITIONS

D - Taux et assiette des cotisations

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

À titre d'information, pour l'année 2022, les cotisations TTC servant au financement du régime sont fixées et réparties comme suit :

	Régime général	
	Base obligatoire	**Option facultative pour le salarié en surcoût de la base**
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,62 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,73 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,93 %	+ 0,20 %
* gratuité à partir du 3ème enfant		

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

	Régime local	
	Base obligatoire	**Option facultative pour le salarié en surcoût de la base**
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,13 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,21 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,64 %	+ 0,21 %
* gratuité à partir du 3ème enfant		

	Régime général	
	Base obligatoire	**Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base**
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,62 %	+ 0,40 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,73 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,93 %	+ 0,20 %
* gratuité à partir du 3ème enfant		

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

	Régime local	
	Base obligatoire	**Option obligatoire pour le salarié en surcoût de la base**
Structure de cotisation		
Salarié seul en obligatoire	1,13 %	+ 0,40 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	1,21 %	+ 0,43 %
Affiliation facultative enfant*	0,64 %	+ 0,21 %
* 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 au présent accord.

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 2023 et 2024, hors évolution règlementaire.

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.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

F - Cas du laboratoire de biologie médicale extra-hospitalier ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1er janvier 2022

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1er janvier 2022, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime frais de santé de branche.
À 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 collectif d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation «salarié seul en obligatoire» (fixée ci-avant dans D), soit au moins égale à 1,62% du PMSS en vigueur pour le régime général et 1,13% du PMSS pour le régime local. Cette disposition s'applique lorsque le régime collectif d'entreprise présente soit des prestations strictement identiques (à celles du niveau «base obligatoire» visées ci-avant au III) soit des prestations garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties, à celles du niveau «base obligatoire» visées ci-avant au III). Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant ci-avant dans D), soit supérieure à 1,62 % du PMSS en vigueur pour le régime général et à 1,13% du PMSS en vigueur pour le régime local pour la base obligatoire pour :

    - des garanties strictement identiques à celles du niveau «base obligatoire» visées ci-avant au III), la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur.
    - des garanties plus favorables par ajout d'une ou plusieurs prestations garanties et/ou améliorations d'une ou plusieurs prestations garanties à celles du niveau «base obligatoire» visées ci-avant au III), la part supplémentaire de cotisation est entièrement due par l'employeur.

- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions du 5°) ci-après concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés.

ARTICLE 5 - MAINTIEN ET CONDITIONS DE SUSPENSION DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE DU REGIME 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

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

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 ainsi que d'un revenu de remplacement à la charge de l'employeur.

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 extra-hospitaliers 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 payement 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 douze 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 ;

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

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 «Évin»

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

Ce maintien s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens 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 six 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 d'un 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 deux 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.

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

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

Régime Général			**Base**	**Option (Yc base)**
Loi Evin	Conjoint de salarié décédé		1,73%	2,16%
	Conjoint		1,62%	2,02%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,62%	2,02%
		Ancien salarié - année 2	2,03%	2,52%
		Ancien salarié - année 3	2,43%	3,03%
		Ancien salarié - année 4	À déterminer en fonction de l'équilibre du régime	
	Enfant		0,93%	1,13%

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

Régime Local			Base	Option (Yc base)
Loi Evin	Conjoint de salarié décédé		1,21%	1,64%
	Conjoint		1,13%	1,53%
	Ancien salarié (bénéficiaire d'une rente d'invalidité ou d'incapacité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage)	Ancien salarié - année 1	1,13%	1,53%
		Ancien salarié - année 2	1,41%	1,90%
		Ancien salarié - année 3	1,70%	2,29%
		Ancien salarié - année 4	À déterminer en fonction de l'équilibre du régime	
	Enfant		0,64%	0,85%

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.

ARTICLE 6 - LA MUTUALISATION DU REGIME FRAIS DE SANTE 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 :

- UniPrévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège 10 Rue Massue, 94300 Vincennes.

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.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

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 1er janvier 2027. À cette fin, la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) se réunira spécialement au plus tard 6 mois avant cette échéance.

ARTICLE 7 - GARANTIES COLLECTIVES PRESENTANT UN DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE DU REGIME FRAIS DE SANTE DE BRANCHE

Le régime frais de santé de branche prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L.912-1 I et IV du code de la sécurité sociale et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

L – Mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale

Les partenaires sociaux prévoient de mettre en œuvre une mutualisation des actions de prévention et des prestations d'action sociale, qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles des organismes assureurs (notamment par une action sociale institutionnelle).

Sont définies des actions de prévention et des prestations d'action sociale dans les conditions définies par l'article R.912-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les partenaires sociaux prévoient :

- de mettre en place des prestations d'action sociale 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
- la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de certaines catégories de salariés dont la situation le justifie particulièrement.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

Ces actions de prévention et ces prestations d'action sociale sont gérées de manière mutualisée.

A cet effet, conformément aux dispositions du 3° de l'article R.912-3 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux décident qu'à compter de la date d'application du présent accord un fonds nommé « fonds de solidarité Laboratoires de Biologie Médicale » commun à l'ensemble des entreprises de la branche (y compris celles n'ayant pas rejoint l'organisme assureur recommandé par le présent accord) sera créé afin de financer les prestations et actions et percevoir les ressources mutualisées définies par le présent accord.

Ce fonds est piloté par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) qui établit le règlement relatif aux modalités de gestion des prestations proposées dans le cadre du fonds de solidarité.

Ce règlement prévoira l'ordre prioritaire des différentes actions visées dans la liste ci-dessus et pourra notamment fixer les orientations des actions de prévention ainsi que les conditions et modalités d'attribution des prestations d'action sociale.

M - Gestionnaire du fonds de solidarité

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 choisir comme organisme gestionnaire du fonds de solidarité :

- UniPrévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, ayant son siège 10 Rue Massue, 94300 Vincennes.

Le choix de l'organisme gestionnaire du « fonds de solidarité Laboratoires de Biologie Médicale » sera réexaminé lors du nouvel examen de l'organisme assureur prévu au J).

N - Financement du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est financé :

- pour les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers ayant choisi l'organisme assureur recommandé mentionné au J) : par un prélèvement de 2% sur les cotisations hors taxes «salarié seul en obligatoire» de la base obligatoire définies au D) ci-avant.

- pour les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers n'ayant pas choisi l'organisme assureur recommandé mentionné au J) : par un prélèvement de 2 % sur les cotisations hors taxes «salarié seul en obligatoire» de la base obligatoire définies au D) ci-avant. Cet organisme sera ensuite chargé de les reverser de façon globale et annuellement au fonds de solidarité défini par le 7°) du présent accord.

Le versement des 2% au fonds de solidarité par les organismes assureurs devra avoir lieu deux mois, au plus tard, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 aout suivant la clôture de l'exercice considéré.

DocuSign Envelope ID: 2D3F791E-5E51-4053-B4E1-07434429CE24

ARTICLE 8 – DATE D'EFFET ET DUREE DE L'ACCORD

Le présent accord prend effet le 1er janvier 2022 pour l'ensemble des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers rentrant dans son champ d'application.

Il est conclu pour une durée déterminée de cinq ans.

Il sera déposé aux services du Ministère en vue de son extension avec les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence dont le liste est fixée par arrêté ministériel (article D.912-13 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris le 9 juillet 2021

Fédérations patronales représentatives

S.D.B, Syndicat des Biologistes

DocuSigned by:
C8FCDE765A3E4A4...

Organisations Syndicales représentatives

FO - Force Ouvrière non signataire

CGT - Fédération Nationale des industries chimiques NON SIGNATAIRE Francois Blanchecotte

CFDT - Santé Sociaux

DocuSigned by:
44EFDCF009C94E6...