

<p style="text-align: center;">AVENANT A LA CONVENTION COLLECTIVE DU 18 JANVIER 2002 DES ENTREPRISES DE COURTAGE D'ASSURANCES ET/OU DE REASSURANCES</p>
--

ANNEXE 7 : FRAIS MEDICAUX

Préambule

En 2017, la Comarep a appelé l'attention des partenaires sociaux sur la prise en charge des dépenses d'optique.

Aussi, les partenaires sociaux de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances ont tenu à conclure ce nouvel avenant relatif au régime complémentaire de frais de soins de santé pour préciser les modalités de remboursement des frais d'optique notamment pour les mineurs.

Cet avenant remplace et rend caduc l'avenant du 26 octobre 2017 fixant précédemment les garanties ainsi que les modalités de mise en œuvre et de financement de ce régime.

ARTICLE 1 - CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord définit les garanties minimales prévues par le régime de frais de soins de santé des entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances.

ARTICLE 2 - BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les salariés des entreprises de la branche du courtage d'assurances et/ou de réassurances bénéficient à titre obligatoire des garanties collectives de frais de soins de santé définies dans le présent avenant.

Les entreprises de la branche professionnelle pourront choisir d'étendre le bénéfice de ces garanties à l'ensemble des membres de la famille du salarié. Cette faculté devra faire l'objet d'un formalisme conforme aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le salarié en congé parental a la faculté de pouvoir continuer à adhérer au régime de frais médicaux ; dans ce cas, il supportera l'intégralité des cotisations.

ARTICLE 3 - DISPENSES D'AFFILIATION

Il existe des cas dans lesquels le salarié peut être, à sa demande, dispensé d'adhérer au régime complémentaire de frais de soins de santé.

Ainsi, peut bénéficier d'une dispense d'affiliation :

- le salarié en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à 3 mois s'il justifie du bénéfice d'une couverture complémentaire santé individuelle respectant les exigences du contrat dit « responsable » ;

- le salarié bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS. Dans ce cas, la dispense d'affiliation ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- le salarié déjà couvert par une assurance individuelle de frais de soins de santé au moment de la mise en place du régime ou, si elle est postérieure, au moment de son embauche. La dispense n'est possible que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- le salarié bénéficiant, par ailleurs, y compris en tant qu'ayant-droit, d'une des couvertures suivantes :
 - une couverture complémentaire santé collective et obligatoire ;
 - le régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ;
 - le régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;
 - la Mutuelle des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales ;
 - les contrats de groupe dits « Madelin ».

la dispense d'affiliation ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture.

En tout état de cause, la demande doit être formulée par écrit par le salarié et adressée à l'employeur au moment de l'embauche, de la mise en place du régime ou de sa prise d'effet.

Les entreprises de courtage d'assurances et/ou de réassurances pourront également prévoir les dispenses d'affiliation suivantes dans le respect d'un formalisme conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Ainsi, peut, à sa demande, et quelle que soit sa date d'embauche, être dispensé de s'affilier au régime complémentaire de frais de soins de santé :

- le salarié ou l'apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit, en produisant tout document, d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- le salarié et l'apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'il ne bénéficie pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- le salarié à temps partiel et l'apprenti dès lors que l'adhésion au régime complémentaire de frais de soins de santé le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de sa rémunération brute.

En tout état de cause, la demande est formulée par écrit et adressée à l'employeur au moment de l'embauche, de la mise en place du régime ou de sa prise d'effet.

ARTICLE 4 - TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties viennent en complément du remboursement du régime de base (MR) sauf mention contraire (BR-MR)

Nature des prestations	Montant des garanties	
FRAIS D'HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE		
Frais de séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale	Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO
	100% des frais réels limité à 400% de la BR (400% de la BR limités à 80% des frais réels en secteur non conventionné)	
Honoraires	100% des frais réels dans la limite de 400% de la BR	200% de la BR - MR
La chambre particulière	100% des frais réels limité à 2,5% du PMSS (81,73 € pour l'année 2017) par jour	
Le lit d'accompagnant	100% des frais réels limité à 1,5% du PMSS (49,04 € pour l'année 2017) par jour	
Forfait journalier d'hospitalisation	100% des frais réels	
FRAIS DE SANTE		
<ul style="list-style-type: none"> • Soins médicaux courants Actes de pratique médicale courante tels que : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultations, visites ▪ Auxiliaires médicaux ▪ Actes d'imagerie hors échographie ▪ Actes d'échographie, Doppler ▪ Analyses, laboratoires ▪ Transport du malade ▪ Prothèses non dentaires 	Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO	Médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO
	150% de la BR - MR	130% de la BR - MR
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie 	Ticket modérateur	
<ul style="list-style-type: none"> • Optique (1) Equipement avec 2 verres simples (2) dont monture 	400 euros (dont 150 euros maximum pour la monture)	

<p>Equipement avec 2 verres complexes (3) dont monture</p> <p>Equipement avec 2 verres très complexes (4) dont monture</p>	<p>560 euros (dont 150 euros maximum pour la monture)</p> <p>620 euros (dont 150 euros maximum pour la monture)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lentilles prises en charge ou non par la sécurité sociale 	<p>5% du PMSS par an</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins et prothèses dentaires <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les consultations et soins dentaires ▪ Les prothèses dentaires ▪ L'orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale ▪ Les implants dentaires 	<p>125% de la BR - MR</p> <p>150% de la BR dans la limite des frais réels et de 35% du PMSS (1 144,15 € pour l'année 2017) par salarié bénéficiaire et par année</p> <p>125% de la BR + 5% du PMSS (163,45 € pour l'année 2017)</p> <p>5% du PMSS (163,45 € pour l'année 2017) par implant dans la limite des frais réels et de 2 implants par an</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Maternité <ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait ▪ La chambre particulière 	<p>10% du PMSS (326,9 € pour l'année 2017)</p> <p>1,5% du PMSS (49,04 € pour l'année 2017) par jour dans la limite de 4 jours et des frais réels</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Médecine douce Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, diététicien, étiope, naturopathe, acupuncteur, psychomotricité (jusqu'à 18 ans), podologie 	<p>40 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Prévention Sevrage tabagique (patch, gomme, hypnotiseur...) <p>Vaccin antigrippe</p> <p>Le test HPV (cancer col de l'utérus) non pris en charge par la SS (tous les 3 ans)</p>	<p>Forfait 50 euros par an et par bénéficiaire</p> <p>100% des frais réels (1 vaccin par an)</p> <p>350 % de la BR - MR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale Frais de séjour 	<p>10% du PMSS (326,9 € pour l'année 2017) dans la limite des frais réels</p>

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale

SS : Sécurité sociale

(1) La prise en charge s'applique une seule fois par période de 2 ans. Ce délai est ramené à 1 an pour les enfants et pour tout renouvellement de lunettes dû à une évolution de la vue ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

(2) Verres simples : verres simples foyer à sphère comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 4 dioptries

(3) Verres complexes : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

(4) Verres très complexes : multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

ARTICLE 5 - PORTABILITE DES DROITS

En cas de rupture ou de fin du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié et, le cas échéant, ses ayants-droit, bénéficient du maintien des garanties du régime de frais de soins de santé prévu par la présente annexe.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que les salariés en activité.

Il s'applique dès la date de cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat du salarié dans l'entreprise ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail s'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers, dans la limite de 12 mois.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail du salarié et doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi,
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale
- en cas décès.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définie à l'article 7 du présent accord.

ARTICLE 6 - MISE EN ŒUVRE DU REGIME

Les entreprises ont la liberté de choix de l'organisme qui gère le régime frais médicaux de leurs salariés, et le cas échéant, de leurs ayants-droit en respectant les conditions définies dans le présent avenant.

L'appréciation des niveaux de garanties s'effectue poste par poste.

ARTICLE 7 - FINANCEMENT DES GARANTIES DE SANTE

Le financement des garanties collectives du présent accord est assuré par une contribution collectée par l'organisme assureur sélectionné par chaque entreprise.

Les cotisations seront prises en charge pour les 2/3 par l'employeur et pour 1/3 par le salarié.

Cette répartition s'applique uniquement pour les niveaux minima de garanties fixés dans le tableau de garanties ci-avant. Les entreprises de courtage d'assurances et/ou de réassurances, souhaitant instaurer des niveaux de garanties supérieurs aux minima fixés dans le tableau de garanties ci-avant, pourront déterminer pour lesdits niveaux une répartition des cotisations entre employeur et salarié différente de celle prévue au 2^{ème} alinéa du présent article dans les conditions prévues à l'article L. 911-1 du code de la Sécurité Sociale.

Le principe précisé à l'alinéa 3 du présent article est également applicable en ce qui concerne la répartition des cotisations pour des prestations non prévues par le tableau de garanties ci-avant.

ARTICLE 8 - ENTREE EN VIGUEUR

Le présent avenant entrera en vigueur le lendemain de la publication au journal officiel de son arrêté d'extension pris par le ministre du travail.

A défaut d'extension, cet accord ne sera pas applicable.

Toutefois, cela ne dispense pas les entreprises de la branche de se mettre en conformité avec la réglementation sur les contrats « responsables » en vigueur depuis le 1er janvier 2018.

ARTICLE 9 - COMMISSION DE SUIVI

Les parties conviennent de se réunir à nouveau, 24 mois après la date d'entrée en vigueur.

ARTICLE 10 - DISPOSITIONS PARTICULIERES

En application de l'article L. 2261-23-1 du Code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés visés à l'article L. 2232-10-1 du Code du travail.

Fait à Paris, le 18 octobre 2018

Pour la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances (CSCA)
10, rue Auber, 75009 Paris

Pour PLANETE COURTIER,
12-14, Rond-Point des Champs-Élysées - 75008 Paris

Pour la CFE-CGC, le Syndicat National de l'encadrement du Courtage et des Agences d'Assurances, 43
rue de Provence, 75009 Paris,

Pour la Fédération C.F.D.T. Banque et Assurances,
47, avenue Simon Bolivar – 75950 Paris Cedex 19

Pour le Syndicat National de l'Assurance et de l'Assistance – SN2A – C.F.T.C
Bourse du Travail, 21 rue Roque de Fillol, 92800 PUTEAUX

Pour la Fédération Nationale C.G.T des Personnels des Secteurs Financiers,
Case 537, 263, rue de Paris, 93515 Montreuil cedex,

Pour la Fédération des Employés et Cadres C.G.T./F.O., Section Fédérale des Assurances,
54, rue d'Hauteville, 75010 Paris,

Pour la Fédération U.N.S.A. Banques, Assurances et Sociétés Financières
21 rue Jules Ferry - 93177 Bagnolet Cedex