

Brochure n° 3387 | Convention collective nationale

IDCC : **3237** | **MÉTIERS DU COMMERCE DE DÉTAIL ALIMENTAIRE
SPÉCIALISÉ**
(12 janvier 2021)

Accord du 29 août 2023
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2351079M

IDCC : 3237

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

Saveurs Commerce ;

FNSCMF ;

CCP ;

SCP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

FS CFDT ;

CGT CSD ;

CFE-CGC Agro ;

UNSA FCS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Soucieuses de fournir à l'ensemble des salariés des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé de meilleures garanties collectives, les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau de la branche se sont réunies au cours de plusieurs réunions en vue :

- d'adapter le régime collectif obligatoire de frais de santé au niveau national ;
- de mettre en conformité le régime aux dispositions de l'instruction interministérielle n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 relative au traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail ;
- et de rendre la branche plus attractive à l'égard des actuels et futurs salariés en proposant une protection sociale complémentaire adaptée à leurs besoins.

Par ailleurs, conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé déterminée au niveau national, les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau de la branche se sont également réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé, auprès d'un organisme assureur référencé, pour les salariés relevant des entreprises visées par le champ d'application de la convention nationale collective des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé.

Elles ont fait le choix de proposer aux entreprises le référencement d'un organisme assureur (APGIS) n'ayant pas un caractère contraignant. Les entreprises auront donc la possibilité de se placer dans le cadre du référencement proposé par les partenaires sociaux de la branche ou de faire appel à un assureur non référencé.

À l'issue de ces travaux, les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau de la branche ont décidé d'adapter le régime collectif et obligatoire de frais de santé de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237) en concluant le présent accord, qui annule et remplace l'ensemble des dispositions de l'accord du 19 mai 2021 relatif au régime de remboursement complémentaire de frais de soins santé ainsi que l'avenant n° 1 du 14 mars 2022, qui sont abrogés.

À cet effet, elles énoncent que le présent accord s'incorpore au sein de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237).

Article 1^{er} | Objet et champ d'application de l'accord

Le présent accord a pour objet de définir des garanties collectives et obligatoires de remboursement complémentaire de frais de soins de santé dont bénéficient *a minima* les salariés des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237), visés à l'article 3 du présent accord.

Ce régime collectif de frais de soins de santé comporte nécessairement les éléments suivants :

- une couverture minimale de frais de soins 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 » ;
 - de 2 niveaux de garantie améliorée dénommés « option 1 » et « option 2 » qui devront être souscrites par l'employeur :
 1. 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 et, dans ce cas, la cotisation de l'option choisie sera à sa charge exclusive ;
 2. Soit l'une d'entre elles sera souscrite par l'employeur dans le cadre d'une adhésion obligatoire et la ou les option(s) restante(s) supérieure(s) le sera(seront) dans un cadre facultatif ;
- 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 des garanties collectives dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, dispositif dénommé « portabilité santé » et selon les modalités fixées à l'article 5 du présent accord ;

- le maintien à titre gratuit des garanties collectives pour les salariés relevant de la législation « accident du travail/maladies professionnelles » dans les conditions de l'article 7 du présent accord ;
- le maintien à titre gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit du salarié décédé dans les conditions de l'article 10.1 du présent accord ;
- le maintien à l'identique des garanties collectives dans le cadre d'une solidarité intergénérationnelle anciens salariés/salariés actifs dans les conditions de l'article 10.2 du présent accord ;
- le maintien des garanties collectives en cas de suspension du contrat de travail selon les modalités fixées à l'article 11 du présent accord.

Article 2 | Hiérarchie des normes et accord d'entreprise

Les dispositions du présent accord prévalent sur les dispositions adoptées au niveau de l'entreprise qui résultent d'un accord collectif au sens de l'article L. 2232-11 du code du travail conclu 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.

Le comité social et économique (CSE) est consulté préalablement à la mise en place d'une garantie collective ou à la modification de celle-ci, dans les conditions prévues par les dispositions légales.

Article 3 | Bénéficiaires du régime

Article 3.1 | Bénéficiaires à titre obligatoire

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 3.2 ci-dessous, bénéficient obligatoirement des garanties du présent régime de frais de santé l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord, sans condition d'ancienneté.

Article 3.2 | Dispenses d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de soins de santé, les salariés disposent de facultés de dispense d'adhésion, sous réserve d'en faire la demande écrite auprès de l'employeur. Cette demande doit comporter la mention selon laquelle les salariés ont été préalablement informés par l'employeur des conséquences de leur choix de dispense.

Ces possibilités de dispense concernent les situations visées aux articles L. 911-7, III, 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi que celles de l'article R. 242-1-6, 2^o, c) du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au présent régime de frais de soins 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 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 ci-après mentionnées :
 - les salariés bénéficiant d'une couverture santé solidaire en application de l'article L. 861-3 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 ;
 - les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations santé servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des industries électriques et gazières ;
 - mutuelles de la fonction publique territoriale ou d'État ;
 - Madelin (travailleurs non-salariés) ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise santé et prévoyance confondues) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

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

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

Article 3.3 | Versement santé

Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, peuvent se dispenser, à leur initiative, d'adhérer au contrat collectif, dans les conditions fixées à l'article L. 911-7, III, du code de la sécurité sociale, s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du même code.

Sous réserve de respecter les conditions précitées, les salariés susvisés peuvent obtenir, de la part de leur employeur, un financement dit « versement santé », afin de participer à la prise en charge de la couverture santé individuelle responsable qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, ainsi qu'à la portabilité. Les modalités de calcul de ce versement sont fixées à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Ce versement santé n'est pas cumulable avec le bénéfice de la couverture santé solidaire, le bénéfice d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'un employeur du secteur public.

Article 3.4 | Couverture collective à adhésion facultative des ayants droit du salarié

Au-delà du régime de base frais de soins de santé institué par le présent accord, les entreprises doivent proposer un dispositif collectif optionnel financé 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 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans les établissements d'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 4 | Prestations garanties

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 prestations garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les entreprises doivent proposer l'amélioration des prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant les deux niveaux de garantie supérieurs dénommés « option 1 » et « option 2 ».

Les prestations garanties des deux différentes options sont détaillées dans l'annexe du présent accord.

Les entreprises devront souscrire :

- soit aux deux options dans le cadre d’une adhésion collective facultative. Dans ce cas, la cotisation se rapportant à l’option choisie par le salarié est à sa charge exclusive ;
- soit à l’une des options dans le cadre d’une adhésion collective obligatoire et l’option restante supérieure dans le cadre d’une adhésion collective facultative. Dans ce cas, l’entreprise devra satisfaire aux conditions pour bénéficier de l’exonération sociale plafonnée sur le financement patronal du régime collectif et obligatoire 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).

Article 5 | *Maintien temporaire des garanties collectives du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et leurs ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « Portabilité santé »*

En application de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement au titre de la couverture « base obligatoire » et, le cas échéant, au titre des couvertures « option » souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient d’un régime de portabilité des droits à titre gratuit – c’est-à-dire sans contrepartie de cotisation – en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à l’assurance chômage.

Le maintien de la (des) couverture(s) est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le bénéfice du maintien de la (des) couverture(s) est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

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

L’ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l’ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

L’employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l’organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

La cessation de la couverture (des) couvertures intervient (interviennent) le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d’être couvert.

Ce maintien temporaire des garanties 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.

En cas de changement d’organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 6 | *Fonds de solidarité*

Les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche se donnent la faculté de créer un fonds de solidarité, dont les modalités sont définies dans le présent article.

Le fonds de solidarité comprend un fonds de prévention et un fonds de secours, alimentés par un prélèvement sur les éventuels excédents du régime, dont les taux sont fixés annuellement par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

Article 6.1 | Fonds de prévention

Le fonds de prévention est destiné au financement des actions de la branche en matière de prévention et gestion du risque santé.

Comité de prévention

Le comité de prévention est composé des membres de la CPPNI et, le cas échéant, d'invités reconnus pour leur expertise et leur qualification, et validés par la CPPNI.

Le comité se réunit au minimum deux fois par an et décide des actions à mener dans le domaine de la prévention santé, dans la limite des fonds disponibles.

Actions de prévention

Les actions de prévention sont liées aux risques santé spécifiques aux métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé et/ou aux risques de santé publique.

1. Prévention liée aux métiers

La mise en place d'une prévention santé au niveau de la branche vise à réduire les risques de santé futurs, le nombre d'arrêts de travail et leur durée, à favoriser le retour à l'emploi, à améliorer les conditions de vie au travail, la qualité de vie des salariés et plus particulièrement en situation de fragilité.

La branche comportant un panel de métiers différents, le fonds de prévention participe au financement des programmes de prévention déclinés en fonction des risques et pathologies spécifiques à chaque métier.

Les actions de prévention peuvent prendre par exemple la forme :

- d'études épidémiologiques adaptées aux spécificités de chaque profession (ex : troubles musculo-squelettiques, etc.) ;
- de consultations de prévention pouvant être intégralement prises en charge par le régime frais de santé (ex : bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire, etc.) ;
- d'accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex : programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter, etc.) ;
- de moyen de mise en relation avec les professionnels de santé (par le biais des consultations de prévention) ;
- de relais d'information et de communication : livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention.

2. Prévention liée aux risques de santé publique

Le comité de prévention peut décider de réaliser des actions de prévention en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers, etc.), et rechercher des partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.

Article 6.2 | Fonds de secours

Le fonds de secours a pour objet le versement d'aides à caractère exceptionnel aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse selon des critères que la CPPNI définit. Les aides

possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins et du niveau de ressources familiales du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, et d'assiduité.

Les aides interviennent par exemple pour prendre en charge des dépenses :

- en complément de celles prises en charge par le régime de base de la sécurité sociale et par le régime de frais de soins de santé de la branche ;
- ou non prises en charge par le régime de base de la sécurité sociale (par exemple : frais de déplacement, d'hébergement, d'aide-ménagère, acheminement d'un proche au chevet d'un malade, etc.).

Article 7 | Cotisations et répartition

La cotisation est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion.

La cotisation sera revue, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Les cotisations du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé sont mensuelles et sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

En conséquence, le montant des cotisations évoluera chaque 1^{er} janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

Les taux de cotisation du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » sont fixés par salarié et par mois :

- au titre du régime général : 1,49 % du PMSS ;
- au titre du régime local d'Alsace-Moselle : 1,00 % du PMSS.

Chaque année, les taux des cotisations seront réexaminés par les parties signataires, en fonction des résultats du régime, de l'évolution des dépenses de santé et, également, des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie.

Le cas échéant, compte tenu des résultats de cet examen, le taux des cotisations sera indexé, outre l'évolution de la valeur du PMSS, au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie.

L'affiliation au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé des salariés bénéficiaires étant obligatoire, elle s'impose dans les relations individuelles de travail.

Les salariés concernés ne pourront pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre dudit régime. Ce précompte est expressément mentionné sur le bulletin de salaire du salarié.

La contribution de l'employeur sera au minimum de 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Les salariés relevant de la législation « accident du travail/maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation correspondante aux garanties collectives, pendant 12 mois après six mois d'arrêt de travail.

Par garanties collectives, il convient d'entendre les garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de « base obligatoire » ou celles du régime obligatoire [base obligatoire + option] et de l'option restante supérieure souscrite dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir

demandé à en bénéficier avant son arrêt de travail initial pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Cette gratuité interviendra le 1^{er} jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail.

Cependant, tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial, conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « accidents du travail/maladie professionnelles ».

En cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale « accidents du travail/maladies professionnelles », tout salarié qui reprend le travail ou tout ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, conserve son droit à gratuité dans la limite des mois gratuits restant à courir.

Article 8 | Cas de l'entreprise ayant déjà mis en place un régime frais de santé d'entreprise

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure à la date d'effet du présent accord, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du présent régime frais de soins 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 mentionnées ci-avant à l'article 3) ;
- 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 au moins deux 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 », indiquée à l'article 7 du présent accord. Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant dans l'article 5 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 des articles 5, 10 et 11 du présent accord concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés et les ayants droit ;
- le régime d'entreprise doit proposer un fonds social et des actions de prévention aux salariés.

Article 9 | Cessation de la garantie

La couverture base obligatoire et, le cas échéant, les couvertures « option » souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ou dans un cadre collectif facultatif cesse tant pour le salarié que pour ses éventuels ayants droit à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel le contrat de travail prend fin.

Article 10 | *Maintien des garanties collectives*

Article 10.1 | *Maintien gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit d'assurés décédés*

En cas de décès d'un salarié en activité dans une entreprise visée à l'article 1^{er} du présent accord, le régime de frais de soins de santé prend en charge pendant 12 mois au bénéfice de ses ayants droit les cotisations correspondantes aux garanties collectives.

Par garanties collectives, il convient d'entendre les garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de « base obligatoire » ou celles du régime obligatoire [base obligatoire + option] et de l'option restante supérieure souscrite dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la cessation de son contrat de travail pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Les ayants droit devront en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Sont concernés par cette gratuité les ayants droit du salarié visé à l'article 3.4 du présent accord. Ce maintien n'est pas conditionné au bénéfice des garanties telles que définies ci-dessus par les ayants droit du salarié décédé au moment du décès.

Article 10.2 | *Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la 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 du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

Les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche souhaitent aller au-delà en instaurant une solidarité intergénérationnelle entre les anciens salariés et les salariés actifs tant sur le niveau des cotisations que celui des prestations, à travers la mutualisation au sein du régime.

Ce maintien de la couverture s'effectue sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties selon les modalités fixées à l'article 5 du présent accord.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ou à l'issue du maintien prévu à l'article 5 du présent accord.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par ancien salarié :

- les retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche ;
- les titulaires d'une rente d'incapacité ou d'une rente d'invalidité, telles que définies à l'accord du 19 mai 2021 relatif à la prévoyance complémentaire de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé ou à tout accord ou avenant s'y substituant ;

- ceux privés d’emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d’assurance chômage.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation.

La couverture collective frais de santé maintenue est celle dont bénéficiait l’ancien salarié au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties, donc il s’agit des mêmes niveaux de garanties.

Quant aux garanties collectives concernées, il peut s’agir des garanties obligatoires, quelles qu’elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de « base obligatoire » ou celles du régime obligatoire [base obligatoire + option] et de l’option restante supérieure souscrite dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s’il s’agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la cessation de son contrat de travail pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Afin de garantir une solidarité intergénérationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations entre anciens salariés et salariés actifs, la cotisation des anciens salariés est :

- la première année, égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la deuxième année, égale, au plus, à 125 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la troisième année, égale, au plus, à 150 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la quatrième année, égale, au plus, à 190 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- à compter de la cinquième année, égale, au plus, à 230 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (taux viager).

En tout état de cause, ces cotisations sont à la charge exclusive de l’ancien salarié.

Pour l’application des dispositions ci-dessus, la computation du délai prévu la première année, lors de la sortie du contrat collectif, s’effectue de date à date, à savoir à compter de la date à laquelle l’ancien salarié et les personnes garanties du chef de l’assuré décédé bénéficient du maintien de leur couverture (le cas échéant à l’expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire de la portabilité au sens de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou de la gratuité prévue à l’article 10.1 du présent accord) jusqu’à la date anniversaire de son adhésion l’année suivante.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Article 11 | Conditions et modalités du maintien des garanties collectives du régime en cas de suspension du contrat de travail

L’adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, aux couvertures optionnelles souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ou dans un cadre collectif facultatif 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 ;
- ou d’indemnités journalières de sécurité sociale ou complémentaires ;
- ou de rentes d’invalidité de sécurité sociale ou complémentaires ;
- ou d’un congé maternité ou paternité ou d’adoption ;
- ou d’un revenu de remplacement versé par l’employeur.

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

Dans une telle hypothèse, l'entreprise 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, sous réserve de la gratuité de cotisation pour les salariés relevant de la législation « accident du travail/maladies professionnelles » dans les conditions fixées à l'article 7 du présent accord.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail que ceux visés ci-avant, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de soins 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.

Article 12 | Suivi du régime

Le suivi du présent régime est effectué par la CPPNI qui est chargée de :

- piloter le régime de frais de santé de la branche ;
- vérifier la bonne gestion technique, financière et administrative du régime ;
- préconiser toute mesure de nature à assurer l'équilibre du régime de frais de santé de la branche des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé.

À cette occasion, est établi un rapport indiquant notamment :

- le montant des cotisations ;
- le montant des prestations payées ;
- le montant des provisions ;
- le nombre de salariés garantis ;
- un bilan spécifique sur les droits non contributifs ;
- un compte-rendu des actions de prévention mises en œuvre ;
- un bilan du fonds de secours et des sommes allouées à ce titre.

En outre, chaque année, les organismes assureurs remettent, à leurs cocontractants, un rapport annuel détaillé sur les comptes du régime de frais de soins de santé, comportant notamment toutes les informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990.

Ces documents sont transmis par les organismes assureurs à leur(s) cocontractant(s) au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Article 13 | Entreprises de moins de 50 salariés

Compte tenu des dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau de la branche n'ont pas défini de dispositions spécifiques à l'attention des entreprises de moins de cinquante salariés, telles que prévues à l'article L. 2232-10-1 du code du travail, dès lors que le présent accord vise à améliorer le régime collectif obligatoire de frais de soins de santé dont doivent bénéficier tous les salariés et à vocation à s'appliquer uniformément à toutes les entreprises de la branche quelle que soit leur taille.

Article 14 | Durée et entrée en vigueur de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Sous réserve du droit d'opposition prévu à l'article L. 2232-6 du code du travail, il entre en vigueur :

- le 1^{er} janvier 2024 ou au lendemain de son dépôt, si celui-ci est postérieur à cette date, pour les entreprises adhérentes à une des organisations professionnelles signataires de l'accord ;
- le 1^{er} janvier 2024 ou le 1^{er} jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* si celle-ci est postérieure, pour les entreprises non adhérentes à une des organisations professionnelles signataires de l'accord.

Le présent accord se substitue en totalité à l'accord du 19 mai 2021 qui est abrogé et s'incorpore à la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237). Il est donc régi par les mêmes modalités de révision et de dénonciation.

Article 15 | Suivi de l'accord

La mise en œuvre du présent accord sera suivie par la CPPNI. À cet effet, elle se réunira au moins une fois par an pour examiner le régime, ses conditions de mises en œuvre et leurs évolutions.

Article 16 | Publicité et formalités de dépôt

Le présent accord, établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires, sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives à l'issue de la procédure de signature, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail.

Il sera ensuite déposé en un exemplaire original et une copie sera envoyée sous forme électronique à la direction générale du travail, conformément à l'article D. 2231-2 du code du travail.

Un exemplaire sera également communiqué au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Article 17 | Extension

Les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau de la branche sont convenues de demander sans délai l'extension du présent accord auprès du ministère compétent, en application des dispositions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 29 août 2023.

(Suivent les signatures.)

Annexe

Les garanties prévues à l'article 4 du présent accord, en vigueur à la date d'effet du présent accord, sont détaillées dans la présente annexe.

Les présentes garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables » telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100 % Santé ».

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « y compris les prestations versées par le régime obligatoire (RO) », c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire (RO). Lorsque la prestation est exprimée en euro, en pourcentage du PMSS ou TM, elle s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres. Les prestations définies au niveau de garanties « Option 1 » et « Option 2 » s'entendent y compris les prestations accordées au titre du niveau de garanties « Régime de base ».

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Abréviations :

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par le bénéficiaire.

BR : base de remboursement du régime obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

BRR : base de remboursement reconstituée d'après la base de remboursement qu'aurait retenu le régime obligatoire s'il était intervenu.

RO : régime obligatoire de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire.

RSS : remboursement du régime obligatoire de sécurité sociale.

TM : ticket modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée, OPTAM-CO : option pratique tarifaire



Maîtrisée chirurgie et obstétrique, L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuairesante.ameli.fr/>.


PLV : prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

HLF : honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

CCAM : classification commune des actes médicaux.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS						
	RÉGIME DE BASE		OPTION 1		OPTION 2		
HOSPITALISATION (y compris maternité)							
Forfait journalier hospitalier	100% FR						
Frais de séjour en établissement conventionné :	220 % BR		270 % BR		320 % BR		
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	
	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR	
Chambre particulière non remboursée par le RO	60 € par jour		80 € par jour		90 € par jour		
Dans la limite de 60 jours par an et bénéficiaire							
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire (sur présentation d'un justificatif) non remboursé par le RO	35 € par jour				40 € par jour		
SOINS COURANTS (y compris maternité)							
Honoraires médicaux :	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	
	- Consultations et visites de généraliste	195 % BR	175 % BR	220 % BR	200 % BR	250 % BR	200 % BR
	- Consultations et visites de spécialiste	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
	- Actes techniques médicaux	220 % BR	200 % BR	270 % BR	200 % BR	320 % BR	200 % BR
	- Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR	170 % BR	150 % BR	170 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux							
- Kinésithérapeutes	120 % BR						
- Autres spécialités	100 % BR						
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO (2) « MonparcoursPsy »	100% BR, limité à 8 séances par an et par bénéficiaire						
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR						
Médicaments :							
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR						
- Vaccins, traitement nicotinique ¹ , contraception et médicaments non remboursés ou non remboursables par le RO	120 € par an et par bénéficiaire		150 € par an et par bénéficiaire		200 € par an et par bénéficiaire		
Matériel médical (hors aides auditives et dentaires) :	200 % BR + 300 € par an et par bénéficiaire		200 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire		200 % BR + 500 € par an et par bénéficiaire		

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS		
	RÉGIME DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
AIDES AUDITIVES			
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée</i>			
Equipement « 100% SANTE » * Classe I	 100% FR *		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * Classe II - Bénéficiaire de 20 ans ou plus	100% BR+ 800 € par oreille appareillée	100% BR+ 1100 € par oreille appareillée	100% BR+ 1300 € par oreille appareillée
	La Prestation est limitée à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire		
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	100% BR + 300 € par oreille appareillée, la Prestation est limitée à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire		
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR		
OPTIQUE			
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO			
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées</i>			
Equipement « 100% SANTE » * Classe A Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR *		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * Classe B: - Monture :	100 € par monture		
- Verre ; (par verre)			
Simple	85 €	120 €	160 €
Complexe	Unifocal : 150 € Multifocal : 170 €	Unifocal : 200 € Multifocal : 220 €	Unifocal : 240 € Multifocal : 280 €
Très complexe	265 €	310 €	350 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR		
- Lentilles correctrices :			
- Remboursées par le RO	100 % BR + 150 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 250 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	250 € par an et par bénéficiaire
- Autres prestations optiques non remboursées par le RO :			
- Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	600 € par œil, par an et par bénéficiaire	1000 € par œil, par an et par bénéficiaire	1300 € par œil, par an et par bénéficiaire

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS		
	RÉGIME DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * :	 100% FR *		
Soins Hors « 100% SANTE » * :	100 % BR		
- Consultations et Soins dentaires	100 % BR		
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	200 % BR	400 % BR	575 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » * :			
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	400 % BR	500 % BR	575 % BR
- Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 % BRR	500 % BRR	575 % BRR
Orthodontie :			
- Remboursée par le RO	250 % BR	350 % BR	400 % BR
- Non remboursée par le RO ¹	250 % BRR	400 % BRR	450 % BRR
Autres prestations dentaires non remboursées par le RO :			
- Implantologie dentaire ¹ (pilier implantaire et l'implant)	800 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire	1200 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire	1550 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	150 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES GARANTIES			
Transport	100 % BR		
Natalité¹ :			
- Forfait naissance / adoption	150 € par naissance ou par adoption	300 € par naissance ou par adoption	500 € par naissance ou par adoption
Cure thermique¹ :			
- Remboursée par le RO	100 % BR + 100 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 200 € par an et par bénéficiaire	100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire
Médecine douce¹ :			
- Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étiopathie, diététique, psychologie, pédicure-podologue	40 € par séance, limité à 4 séances par an et par bénéficiaire	55 € par séance, limité à 4 séances par an et par bénéficiaire	70 € par séance, limité à 4 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage :			
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR		

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente

(P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Voir les précisions sur les Garanties :

Traitement nicotinique	Tout substitut nicotinique, tel que prévu dans la "Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie" non prescrit par un médecin et donc non remboursé par le Régime Obligatoire.
Médicaments non remboursés ou non remboursables par le RO	Les médicaments concernés sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %. Seuls les médicaments autorisés achetés en officine reconnue sont remboursés
Orthodontie non remboursée par le RO	Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.
Implantologie dentaire	Pour chaque implant dentaire, l'Institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisé par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties. Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermale	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
Médecine douce	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.