

## **INDUSTRIES CERAMIQUES**

### **REGIME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE**

**ENTRE**

---

- La CONFEDERATION DES INDUSTRIES CERAMIQUES DE France (CICF)

D'une part

**ET**

---

Les organisations syndicales de salariés de la branche reconnues représentatives au plan national :

La FEDERATION NATIONALE DES SALARIES DE LA CONSTRUCTION ET DU BOIS, C. F. D. T.,

La FÉDÉRATION BATI-MAT-TP - CFTC.,

LA FÉDÉRATION DE LA C.F.E/C.G.C CHIMIE,

La FEDERATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS DU VERRE ET DE LA CERAMIQUE, C.G.T.,

La FEDERATION GENERALE FORCE OUVRIERE CONSTRUCTION,

D'autre part

## PREAMBULE

Les partenaires sociaux représentatifs signataires affirment leur résolution commune de définir, pour la branche, les moyens d'une protection sociale complémentaire qui atténue, pour les salariés, les conséquences pécuniaires des aléas de la vie.

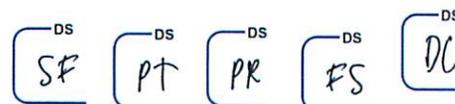
Les signataires ont ainsi négocié la mise en place d'un socle de garanties en termes de remboursements des frais médicaux.

Le présent accord porte sur le régime de remboursement des frais médicaux.

Les parties ont souhaité instaurer un socle minimal de garanties de branche et permettre aux entreprises de la branche de mettre en œuvre ces garanties auprès d'un organisme assureur recommandé.

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord pourront, si elles le souhaitent, en adapter ses dispositions, dans les conditions prévues à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale, à condition d'assurer des garanties globalement au moins équivalentes.

Par ailleurs, les parties s'accordent sur le fait que ces dispositions doivent être prises dans leur ensemble lorsqu'il s'agit d'analyser et de comparer les dispositifs existants au sein des entreprises. Les parties considèrent ainsi que prendre une garantie isolément ne pourrait suffire à une analyse quant à la notion d'au moins équivalente.



## 1. DISPOSITIONS GENERALES

### 1.1. CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises relevant de la convention collective des industries céramiques (IDCC 1558) et de la convention collective de la céramique d'art (IDCC 1800).

### 1.2. DATE D'EFFET

Le présent accord prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 pour l'ensemble des entreprises de la branche.

### 1.3. MISE EN ŒUVRE DANS LES ENTREPRISES

Conformément à l'article L. 2253-1 du Code du travail, les dispositions du présent accord relevant du champ d'application de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, présentent un caractère impératif.

Les entreprises peuvent mettre en œuvre le régime institué par le présent accord souscrivant un contrat auprès de l'organisme assureur recommandé ou de l'organisme assureur de leur choix.

Les entreprises disposant de leur propre régime de remboursement des frais médicaux antérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent accord, pourront le maintenir à la condition que les garanties offertes par ledit contrat soient globalement au moins équivalentes à celles définies dans le présent accord. A défaut, elles devront le mettre en conformité avec ces garanties dans un délai d'un an après la date d'effet du présent accord.

Les parties s'accordent sur le fait que les dispositions de l'accord doivent être prises dans leur ensemble lorsqu'il s'agit d'analyser et de comparer les dispositifs existants au sein des entreprises. Les parties considèrent ainsi que prendre une garantie isolément ne pourrait suffire à une analyse quant à la notion d'au moins équivalente.

Les entreprises peuvent améliorer les garanties définies dans le présent accord en instituant leur propre régime dans les conditions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

### 1.4. SUIVI ET RENDEZ-VOUS

L'application du présent accord sera suivi par la CPPNIC qui se réunira à cet effet 1 fois par an avant la fin de l'année. L'assureur recommandé devra apporter tous les éléments nécessaires à ce suivi aux membres de la CPPNIC.

En cas d'évolution législative, la CPPNIC se réserve le droit de se réunir plus d'une fois par an.

### 1.5. STIPULATIONS SPECIFIQUES POUR LES ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIES

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, l'exposition des salariés aux risques concernés est indifférente de la taille de l'entreprise.

### 1.6. DUREE, REVISION, DENONCIATION

DS SF DS PT DS PR DS FS DS DC

Le présent accord s'applique pour une durée indéterminée.

Le présent avenant pourra être révisé conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables. La demande de révision, accompagnée d'un projet motivé sur les points à réviser, sera notifiée à l'ensemble des organisations syndicales salariales et patronales représentatives de la branche.

Le présent accord pourra également être dénoncé à tout moment à la demande de l'une ou de plusieurs des parties signataires ou adhérentes dans les conditions prévues par le Code du Travail.

### 1.7. DEPOT - EXTENSION

Le présent accord fera l'objet des formalités d'extension prévues par les dispositions légales.

Il est établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chaque organisation syndicale représentative au niveau de la branche et pour le dépôt à la Direction des Relations du Travail et au Conseil de prud'hommes, dans les conditions légales et réglementaires.

## 2. CARACTERISTIQUES DES GARANTIES COLLECTIVES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE

### 2.1. BENEFICIAIRES

#### 2.1.1. Principes

L'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord, sans condition d'ancienneté, est couvert à titre obligatoire par les garanties collectives qu'il définit.

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu :

- à une indemnisation sous la forme d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur,
- au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.),
- ou à un revenu de remplacement versé par l'employeur, la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice des garanties pour le salarié concerné : l'employeur maintiendra le paiement de la part patronale de cotisations et précomptera, sur la rémunération maintenue ou l'indemnisation, la part de cotisations à la charge du salarié.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, les garanties seront suspendues.

#### 2.1.2. Dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire de l'adhésion, les salariés peuvent demander à être dispensés d'adhésion dans les conditions prévues à l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises peuvent en outre permettre à leurs salariés de demander à être dispensés d'adhésion dans les cas visés à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale : elles devront pour se faire le prévoir dans leur acte de mise en place institué dans les conditions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

#### 2.1.3. Couverture des ayants-droit

DS SF PT PR FS DC

Les garanties mises en œuvre en application du présent accord couvrent à titre obligatoire le salarié et ses enfants à charge. Le salarié pourra demander l'extension de ces garanties à son conjoint moyennant une cotisation complémentaire à sa charge.

Les entreprises peuvent choisir de couvrir l'ensemble des ayants-droits des salariés à titre obligatoire dans les conditions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

## 2.2. GARANTIES

Les garanties mises en œuvre dans le cadre du présent accord sont définies en annexe du présent accord.

Les garanties définies en annexe constituent le « socle minimal de garanties de branche ».

Il est précisé que les garanties de bases obligatoires sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables en vigueur et évolueront automatiquement pour suivre les éventuelles modifications de ce cahier des charges.

Lorsque l'entreprise met en œuvre le régime de branche auprès de l'organisme assureur recommandé les salariés peuvent améliorer le niveau des garanties en souscrivant l'option proposée par cet organisme et qui est décrite en annexe du présent accord ; le financement de ces garanties optionnelles dans ce cadre est entièrement à la charge du salarié.

Les entreprises peuvent également améliorer le niveau des garanties obligatoires, notamment en rendant obligatoires les garanties prévues dans le cadre de l'option proposée par l'organisme assureur recommandé et décrite en annexe du présent accord : il appartiendra aux entreprises de formaliser les garanties améliorées dans les conditions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

## 2.3. COTISATIONS

Les garanties de socle minimale visées à l'article précédent sont financées par une cotisation mensuelle égale à 2.06% du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) pour le régime général et de 1.44% du PMSS pour le régime Alsace-Moselle.

Le niveau des garanties optionnelles est accordé en contrepartie d'une cotisation additionnelle de +0.68% PMSS.

La couverture facultative du conjoint est accordée en contrepartie d'une cotisation additionnelle à la charge du salarié de +1.65% du PMSS (+1.16% pour le régime Alsace-Moselle) pour le régime socle et +0.49% pour la partie optionnelle.

Enfin, si l'employeur souhaite souscrire au niveau optionnel pour l'ensemble de ses salariés, le niveau de cotisation « socle + option » est alors revu à 2.70% du PMSS (2.08% pour le régime Alsace-Moselle). Le niveau de cotisation de l'adhésion facultative du conjoint est alors revu à +2.10% du PMSS (+1.61% pour le régime Alsace-Moselle).

Le financement du niveau des garanties obligatoires est pris en charge par l'employeur à hauteur de 50% de la cotisation. Les couvertures retenues de manière facultative par le salarié sont à sa charge.

Les entreprises peuvent améliorer la part de financement par l'employeur de ces garanties de base obligatoires dans les conditions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale et dans le respect des dispositions de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

## 2.4. PORTABILITE DES GARANTIES DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX



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, les anciens salariés dont les droits à couverture complémentaire ont été ouverts dans l'entreprise bénéficieront du maintien des garanties de la couverture complémentaire de remboursement des frais médicaux en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

## 2.5. INFORMATION DES SALARIES

En leur qualité de souscriptrice, les entreprises remettent à chaque salarié et à chaque nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, exposant les garanties et leurs modalités d'application.

## 3. DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Conformément aux dispositions de l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale, le présent accord institue des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité prenant la forme :

- D'une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au b du 2° de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
- du financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- de la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment, 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 ; à titre collectif, des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation et de conciliation (CPPNIC) détermine les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale, en prenant en compte, le cas échéant, les objectifs d'amélioration de la santé définis dans le cadre de la politique de santé à la mise en œuvre desquels ces orientations contribuent.

Les entreprises sont tenues d'affecter au moins 2% de leur cotisation HT au régime de remboursement des frais médicaux, au financement des actions et prestations au titre du degré élevé de solidarité, dans la limite des fonds disponibles.

## 4. ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDE

Les signataires ont souhaité recommander, dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence telle que prévue à l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur suivant :

- **Mutuelle Mieux-Être (Groupe PRO-BTP), mutuelle régie par le Code de la mutualité dont le siège social est situé 171 Avenue Ledru Rollin 75011 Paris**

DS SF PT PR FS DC

Toute entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord pourra obtenir auprès de cet organisme la couverture des garanties définies ci-dessus. Les entreprises pourront également mettre en œuvre, à titre obligatoire ou facultatif les garanties optionnelles proposées par cet organisme (la mise en œuvre à titre obligatoire de ces garanties devant être formalisées au niveau de l'entreprise dans les conditions de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale).

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des 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 accord.

À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Five DocuSign signature boxes arranged horizontally. Each box contains a set of initials: SF, PT, PR, FS, and DC. Each box has a small 'DS' logo in the top right corner.

Fait à Paris, le 5 mai 2023

**Pour la CONFEDERATION DES INDUSTRIES CERAMIQUES DE FRANCE**

- Mr COROUGE, par délégation du Président de la CICF

DocuSigned by:  
*Daniel COROUGE*  
FC4C4F94E83E472...

**Pour les ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIES suivantes :**

La FEDERATION NATIONALE DES SALARIES DE LA CONSTRUCTION ET DU BOIS,

C. F. D. T.,

DocuSigned by:  
*Pascal ROUSSEL*  
ACE121ED6725468...

La FEDERATION BATI-MAT-TP – CFTC.,

La FEDERATION DE LA CFE/CGCCHIMIE.,

DocuSigned by:  
*Sylvie FEBURET*  
9361CF2FC263478...

La FEDERATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS DU VERRE ET DE LA CERAMIQUE, C.G.T.,

DocuSigned by:  
*Philippe THIBAUDET*  
7F518D4A344F419...

La FEDERATION GENERALE FORCE OUVRIERE CONSTRUCTION

DocuSigned by:  
*Franck SERRA*  
A51344A1C6F14F8...

**ANNEXE :**

- Garanties : base conventionnelle obligatoire et option proposée par l'organisme assureur recommandé

## ANNEXE 1 GARANTIES : BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE ET OPTION

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais engagés

## FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Consultations, visites, consultations en ligne généralistes

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Consultations, visites, consultations en ligne spécialistes / neuropsychiatres

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Actes de spécialistes

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Actes d'imagerie médicale

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs, orthophonistes...)

Analyses et examens de laboratoire

Orthopédie - Prothèses (sauf dentaires et auditives)

Médecine douce (ostéopathe, chiropractie, acupuncture, etc...) – Par séance (avec une limite de séance par an)

## AIDE AUDITIVE

Renouvellement par appareil tous les 4 ans

ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » - Classe I

ÉQUIPEMENT AUTRE QUE « 100 % SANTÉ » - Classe II

Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Accessoires et fournitures

## MÉDICAMENTS

Médicaments à service médical rendu majeur ou totalement remboursés par la Sécurité Sociale

Médicaments à service médical rendu modéré ou faible remboursés par la Sécurité Sociale

## HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE – Y compris la maternité

Frais de séjour en établissement public

Frais de séjour en établissement privé

Actes d'obstétriques, de chirurgie, d'anesthésie

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Forfait hospitalier et Forfait Patient Urgences

Frais de transport sanitaire - ambulance, taxis conventionnés hors SMUR

Chambre particulière – Par jour

Lit d'accompagnant – Par jour

Base Conventionnelle	Option (y compris la base conventionnelle)
100% BR	150% BR
100% BR	130% BR
200% BR	300 % BR
180% BR	200 % BR
200% BR	300 % BR
180% BR	200 % BR
150% BR	250% BR
130% BR	200% BR
100% BR	100% BR
100% BR	200% BR
150% BR	250% BR
30 € / bénéficiaire / séance dans la limite de 6 séances par an	40 € / bénéficiaire / séance dans la limite de 7 séances par an
Sans reste à payer	Sans reste à payer
200% BR	1 700 €
100% BR	200% BR
100% BR	100% BR
100% BR	100% BR
200% BR	250% BR
200% BR	250% BR
200% BR	300 % BR
180% BR	200 % BR
100% FR	100% FR
100% BR	100% BR
70 € / jour	90 € / jour
30 € / jour	45 € / jour

DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES « 100% SANTÉ »		Sans reste à payer	Sans reste à payer
ACTES HORS « 100% SANTÉ »			
Soins dentaires (soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie, inlays/onlays)		100% BR	150% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres ou modérés remboursées par la Sécurité Sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)		300% BR	400% BR
Implantologie		-	500 € / an
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale		300% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale		-	500 € / an
OPTIQUE			
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ » - Classe A		Sans reste à payer	Sans reste à payer
ÉQUIPEMENT AUTRE QUE « 100 % SANTÉ » - Classe B (Monture + 2 verres tous les 2 ans par bénéficiaire)			
1 verre simple		90 €	150 €
1 verre complexe		200 €	300 €
1 verre très complexe		300 €	350 €
Monture		100 €	100 €
Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale (y compris les jetables) - Forfait annuel par œil		150% BR	250% BR
Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale (y compris les jetables) - Forfait annuel par œil		60 € / œil / an	100 € / œil / an
Chirurgie des troubles de la vision - Forfait annuel		-	600 € / an