



F.G./F.O.
M. DEPLANQUE
170 Avenue Parmentier
75010 PARIS

Paris, le 2 Juin 2010

Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-joint un original de l'avenant N° 136 « régime frais de santé » signé.

Vous en souhaitant bonne réception, nous vous prions de croire, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Président Commission Sociale
Th. LUCEREAU



**AVENANT N° 136 - REGIME FRAIS DE SANTE DE
LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DU CARTONNAGE DU 9 JANVIER 1969**

Entre d'une part,

La Fédération Française du Cartonnage

et d'autre part :

- La FILPAC, CGT,
263, rue de Paris, Case 426 - 93514 MONTREUIL CEDEX,

- La FCE, CFDT,
47/49 Avenue Simon Bolivar - 75019 PARIS,

- La FC, CFTC,
5, avenue de la Porte de Clichy - 75017 PARIS,

- La FG, FO
170 avenue Parmentier, CS 20006 - 75479 PARIS Cedex 10,

- La FIBOPA, CFE-CGC,
63, rue du Rocher 75008 PARIS

Il est convenu ce qui suit :

Handwritten signatures and initials in blue ink: JF, R, AF, and a large signature.

Article 1 - Objet

Le présent avenant aménage les dispositions de la Convention Collective Nationale du Cartonnage du 9 janvier 1969, ci-après désignée « Convention Collective Nationale », en créant un régime conventionnel Frais de Santé basé sur la solidarité entre les salariés des entreprises entrant dans le champ de ladite Convention Collective.

Article 2 - Organisme assureur

Pour parvenir aux objectifs de solidarité poursuivis et de mutualisation des risques souhaitée, la couverture des garanties définies dans le présent avenant est confiée à un des organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, désigné par les parties signataires du présent avenant, pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale.

Le régime de prévoyance (frais de santé) est assuré, à compter de la date d'effet du présent avenant, et pour une période de 5 ans au plus, par l'APGIS, Institution de Prévoyance, régie par l'article L.931-1 du Code de la Sécurité Sociale et dont le Siège social est à 94684 - VINCENNES, 12 Rue Massue.

Conformément à l'article L.912-2 du Code de la sécurité Sociale, les parties signataires du présent avenant décident de procéder à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques, tous les 3 ans au plus à compter de la date d'effet du présent avenant.

A cet effet, les parties signataires du présent avenant, à l'occasion de l'examen des comptes de l'exercice précédant l'échéance de la désignation, détermineront les conditions de la reconduction de l'Organisme assureur et de l'organisation éventuelle d'un appel d'offres.

Article 3 - Affiliation des entreprises

Toutes les entreprises entrant dans le champ de la Convention Collective Nationale sont tenues :

- non seulement d'apporter, au minimum poste par poste, à leur personnel les garanties collectives prévues par le Régime de Base défini à l'article 8-2 du présent avenant,
- mais encore d'adhérer, pour l'assurance et la gestion de ces garanties, à l'APGIS afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité souhaitée.

Cette affiliation, à caractère obligatoire, s'applique, pour l'ensemble du régime à compter de la date d'effet du présent avenant.

Les entreprises disposant déjà d'un contrat de même nature conclu auprès d'autres organismes assureurs, à la date de signature du présent avenant, pourront conserver leur adhésion auprès de l'organisme assureur du contrat, elles devront cependant adapter les contrats conformément aux dispositions de l'article L-912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, l'APGIS s'engage à étudier des régimes différentiels afin de garantir des prestations à un niveau identique moyennant le versement d'une cotisation adaptée pour permettre que les entreprises puissent comparer les dispositifs en vigueur lorsque ceux-ci s'avèrent supérieurs au dispositif conventionnel.

Les entreprises qui désirent améliorer le Régime de Base défini à l'article 8-2 du présent avenant peuvent opter soit pour le Régime Plus 1 soit pour le Régime Plus 2 tels qu'ils sont définis par le contrat d'assurance annexé au présent accord.

Les entreprises peuvent également choisir de mettre en place un contrat spécifique (en dehors des deux options proposées) à condition que celui-ci soit au moins égal ou plus favorable, poste par poste, aux dispositions du Régime de Base.

En tout état de cause, ces suppléments de garanties spécifiques, souscrits au choix des entreprises, n'entreront pas dans la mutualisation professionnelle mise en place par le présent avenant.

Article 4 - Rapport annuel sur les résultats

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour chaque exercice civil, l'APGIS établit un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant aux activités consolidées de toutes les entreprises adhérentes au régime Frais de Santé défini par les dispositions du présent avenant.

Ce rapport sera adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Article 5 - Information des salariés

5.1. Une notice est remise à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en place du régime, ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du Régime, une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise aux assurés.

Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale.

Cette information devra être transmise à tous les salariés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l'APGIS sous sa responsabilité.

L'APGIS adresse également un exemplaire à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser au comité d'entreprise et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions légales y afférant.

5.2. Tout salarié quittant une entreprise dans les conditions définies par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et des avenants qui s'y rapportent, voit sa garantie maintenue dans le cadre d'une mutualisation avec le Régime des actifs pendant toute la durée du maintien de garantie tel qu'il est défini par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et des avenants qui s'y rapportent.

5.3. Tout salarié ayant quitté une entreprise affiliée au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1° de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 est informé par l'APGIS, au terme de sa garantie, de la possibilité dans laquelle il se trouve et des conditions de pouvoir bénéficier par adhésion formelle individuelle et facultative au régime Maladie-Chirurgie-Maternité des anciens salariés mis en œuvre par l'APGIS, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le terme de son contrat de travail ou de son maintien de garanties.

En l'état actuel de la réglementation, les cotisations dues au titre de cette adhésion individuelle ne pourront être majorées au delà du plafond fixé par décret en application des dispositions de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989.

Les ayants droit d'un assuré décédé, bénéficiaires à titre facultatif, seront également informés par l'APGIS du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime et des mêmes conditions tarifaires, pendant une durée minimale de douze mois, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès.

Article 6 - Bénéficiaires du régime

Est réputé bénéficiaire du régime Frais de Santé, tout salarié, sous contrat de travail en cours, inscrit aux effectifs des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective et ayant acquis une ancienneté de douze mois dans la même entreprise.

Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il bénéficiera obligatoirement du régime.

Sont dispensés d'affiliation, et à condition d'apporter la preuve d'une affiliation auprès d'un autre assureur :

- les salariés sous Contrat à Durée Déterminée dont l'ancienneté est supérieure à 12 mois,
- les salariés déjà couverts de façon obligatoire par la garantie de leur conjoint à la date d'effet du présent avenant.

Les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du présent avenant ainsi que ceux qui cessent de demander le bénéfice de la dérogation ou qui ne sont plus en mesure de présenter un justificatif de couverture obligatoire sont, quant à eux, tenus de cotiser.

Les garanties définies par le présent avenant sont suspendues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour d'autres causes que celles de maternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) et pour la durée de cette suspension.

L'APGIS mettra à disposition des salariés concernés par une suspension du Contrat de travail emportant suspension des garanties, un système facultatif de maintien de la garantie souscrit à titre individuel et volontaire sur la base du même tarif que celui appliqué aux actifs, les cotisations patronales et salariales restant alors à la charge du salarié.

A l'issue de la suspension, les salariés concernés bénéficient à nouveau de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

6-1 – Adhérent à titre obligatoire

Le régime défini par le présent avenant garantit le salarié.

6-2 - Adhérent à titre facultatif

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime Frais de Santé, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) bénéficiant des prestations en nature de la Sécurité sociale,
- les enfants de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

Les conditions d'adhésion applicables sont formalisées dans un contrat spécifique dont les dispositions sont communiquées par l'APGIS aux signataires du présent avenant.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation des signataires du présent avenant.

Article 7 – Cotisations

Les cotisations contractuelles afférentes au risque Frais de Santé sont fixées, pour les années 2011 et 2012, sauf modification de la Législation applicable aux régimes Frais de Santé complémentaires ou aux prestations de la Sécurité sociale, à la valeur de 38,50 € par salarié et par mois, pour les salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale et à 25,00 € par mois et par salarié, pour les salariés bénéficiant du Régime local de la Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

Quelle que soit la date de début ou de fin du contrat de travail, le montant de la cotisation est indivisible. Il est intégralement dû, quel que soit le nombre de jours de garantie.

Ces cotisations incluent les taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale telle que la CMU, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation et telles qu'elles sont en vigueur à la date de signature du présent avenant.

Elles garantissent les prestations telles que décrites à l'article 8 ci-après, selon les dispositions de la législation applicables à ce titre au jour de la signature du présent avenant.

En cas de modification de la législation applicable à ce type de garanties, aux cotisations y afférentes ou aux remboursements de l'Assurance Maladie, les dispositions du présent avenant devront être revues.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime Frais de Santé professionnel mis en œuvre par le présent avenant, les parties signataires fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessus.

En tout état de cause, à compter du 1^{er} janvier 2012 et au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie sauf si les résultats constatés du régime peuvent compenser totalement ou partiellement l'évolution de cet indice.

La répartition des cotisations visées au présent avenant entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 40 % pour la part employeur
- 60 % pour la part salarié.

Article 8 - Prestations Frais de Santé

8-1 – Définition des prestations

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime Maladie-Chirurgie-Maternité selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (RSS) ou du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) ;
- soit, sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) ;
- soit, sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires.

SF
AF
ME
MB

Dans tous les cas, la prestation est limitée au montant des frais restant à charge du salarié après intervention du régime de la Sécurité sociale et, éventuellement, d'autres organismes assureurs.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec les caisses nationales de sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture Frais de Santé n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale et pour les actes effectués en conformité avec la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou avec la Classification Commune des Actes Médicaux.

Dans le cas où la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature ou à la Classification, le remboursement est limité à la cotation définie par cette Nomenclature ou cette Classification.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale et à ce titre, ne prend pas en charge :

- la contribution forfaitaire restant obligatoirement à la charge de l'assuré en application des dispositions de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

A contrario, le Régime prend en charge :

- la prise en charge de la totalité de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, et figurant sur la liste des prestations fixées par arrêté du 8 juin 2006 (II de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).
- dans le respect de la législation des contrats dits « responsables », respectant les conditions prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale, le contrat prend en charge selon l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale :
 - au moins 30% du tarif opposable (tarif de base et majorations remboursables) des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale ou du médecin vers lequel le médecin traitant l'a orienté,
 - au moins 30% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments pris en charge à hauteur de 65% par la régime de base (vignettes blanches) prescrits par les médecins ci-dessus visés,
 - au moins 35% du tarif servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par les médecins ci-dessus visés.

SF
AF
ML
R

- La franchise restant à la charge de l'assuré pour tous les actes affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50 soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 € (Décret N°2006-707 du 19 juin 2006).

8-2 - Montant des prestations du Régime de Base

NATURE DE L'ACTE	LIBELLE DE LA PRESTATION
HONORAIRES ET PRESCRIPTIONS	
CONSULTATION, VISITE, DEPLACEMENT ET AUTRES ACTES REALISES PAR DES MEDECINS <u>Praticiens Conventionnés et non Conventionnés</u> Généralistes, Spécialistes, et autres médecins	150% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
RADIOLOGIE <u>Praticiens Conventionnés et non Conventionnés</u> Radios, Scanner, Echographie	150% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
ANALYSES BIOLOGIQUES <u>Praticiens Conventionnés et non Conventionnés</u> Analyses et Prélèvements	150% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
AUXILIAIRES MEDICAUX <u>Praticiens Conventionnés et non Conventionnés</u> Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, et autres Auxiliaires	150% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
MEDECINE DOUCE Ostéopathes, Chiropracteurs, Acupuncture	25 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
PHARMACIE Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
APPAREILLAGE ET PROTHESES MEDICALES Appareillage et Grand Appareillage	Forfait annuel de 400,00 € par bénéficiaire
APPAREILLAGES – PROTHESES MEDICALES AUTRES QUE DENTAIRES ET AUDITIVES Appareillage auditif (Par oreille équipée)	Forfait annuel de 400,00 € par bénéficiaire
CURES THERMALES Honoraires, Frais d'Etablissement thermal, Transports et Hébergement	100% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale

NATURE DE L'ACTE	LIBELLE DE LA PRESTATION
DENTAIRE	
<p style="text-align: center;">SOINS DENTAIRES</p> <p><u>Praticiens Conventiionnés et non Conventiionnés</u></p> <p>Soins conservateurs (A l'exception des inlay et des onlay)</p>	100% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
<p style="text-align: center;">PROTHESES DENTAIRES (ACCEPTÉES OU REFUSÉES SECURITE SOCIALE)</p> <p><u>Praticiens Conventiionnés et non Conventiionnés</u></p> <p>Prothèses fixes et mobiles, Inlay et Onlay</p>	250% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
<p style="text-align: center;">ORTHODONTIE (ACCEPTÉE OU REFUSÉE SECURITE SOCIALE)</p> <p><u>Praticiens Conventiionnés et non Conventiionnés</u></p> <p>Ensemble des traitements (dans la limite de 6 semestres de traitement)</p>	200% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale
OPTIQUE	
<p style="text-align: center;">OPTIQUE</p> <p>Monture (Une monture par an et par bénéficiaire)</p> <p>Par Verre Unifocal (simple ou complexe)</p> <p>Par Verre Multifocal (simple ou complexe)</p> <p>Lentilles (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale – Crédit annuel)</p> <p>Réduction chirurgicale de la Myopie (Par œil opéré)</p>	<p>Forfait de 90,00 €</p> <p>Forfait de 100,00 € par verre</p> <p>Forfait de 200,00 € par verre</p> <p>150,00 €</p> <p>Forfait de 300,00 €</p>
HOSPITALISATION (CHIRURGICALE, MEDICALE OU OBSTETRICALE)	
<p><u>Etablissement Conventiionné ou non Conventiionné</u></p> <p>Frais de Séjour</p> <p>Honoraires des Praticiens</p> <p>Forfait Journalier Hospitalier</p> <p>Chambre Particulière</p> <p>Lit d'Accompagnement des enfants hospitalisés de moins de seize ans</p> <p>Forfait Naissance (Doublé en cas de naissances multiples)</p>	<p>100 % des Frais Réels moins le remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>250 % de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>100 % des Frais Réels</p> <p>60,00 € par jour</p> <p>40,00 € par jour</p> <p>150,00 €</p>

SF 
 AK
 2 

ACTES DE PREVENTION

ACTES DE PREVENTION VISES AU II DE L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire,

Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum,

Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans,

Dépistage des troubles de l'audition chez les adultes de plus de 50 ans,

Dépistage de l'hépatite B,

Un acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire pour les femmes âgées de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans,

Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- b) Coqueluche : avant 14 ans ;
- c) Hépatite B : avant 14 ans ;
- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) Haemophilus influenzae B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

100% de la Base de Remboursement moins le Remboursement de la Sécurité sociale

8-3 – Modalités de versement des prestations

Les prestations sont assurées, sans questionnaire ou visite médicale, à compter de la date d'effet de la garantie ou au premier jour d'acquisition des droits, dans les conditions définies à l'article 6, relatives à l'ancienneté requise.

L'ensemble des modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations est détaillé dans le contrat d'adhésion annexé au présent avenant et dans la notice d'information remise à chaque salarié.

Article 9 - Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet, au plus tôt, au 1^{er} jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension, et au plus tard le 1^{er} janvier 2011.

SF
AT
R
ML

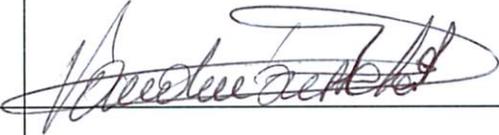
Article 30 - Dépôt-publicité

Conformément à l'article D.2231-2 du Code du Travail, le présent avenant sera déposé en cinq exemplaires à la Direction des Relations du Travail de Paris et remis au Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Article 31 – Extension

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, l'extension du présent accord.

Fait à PARIS,
Le 11 février 2010

Fédération Française du Cartonnage	
FILPAC - CGT	
FCE - CFDT	
FC - CFTC	
FG - FO	
FIBOPA - CFE-CGC	