

CONVENTION CADRE relative à l'Accord collectif du régime de remboursement des frais de santé des Industries Céramiques de France (IDCC 1558) et Céramiques d'art (IDCC 1800) en date du 5 mai 2023

La présente Convention Cadre est conclue :

ENTRE :

D'une part, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés de la Convention collective nationale des industries céramiques de France

- ▶ La CONFEDERATION DES INDUSTRIES CERAMIQUES DE France (CICF),
- ▶ 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,

CI-APRÈS DÉNOMMÉES, le « *Contractant* »,

ET

D'autre part, l'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux

- ▶ Mutuelle Mieux-Etre, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 659 907, dont le siège social est situé au 171, avenue Ledru-Rollin, 75544 Paris Cedex 11.

CI-APRÈS DÉNOMMÉE, l'« *Organisme assureur* »

Individuellement dénommées la « *Partie* » et ensemble les « *Parties* »

D'un commun accord entre les parties, il a été convenu ce qui suit :

LEXIQUE :

Le terme « **L'Accord** » désigne :

L'accord collectif du 5 mai 2023 relatif au régime frais de santé mis en place pour les salariés des entreprises relevant de la Convention collective nationale des industries céramiques de France à effet du 1^{er} janvier 2024.

Le terme « **Base conventionnelle et option** » désigne :

Les garanties mises en œuvre dans le cadre de l'Accord et définies dans l'annexe 1 de l'Accord.

Le terme « **Contractant** » désigne :

Les organisations représentatives du collège employeur et collège salariés de la branche des industries céramiques de France, signataires la Convention collective nationale des industries céramiques de France du 6 juillet 1989 et de l'Accord collectif du 5 mai 2023 relatif au régime frais de santé de la branche.

Le terme « **Contrat collectif obligatoire** » désigne :

Le contrat souscrit par une Entreprise adhérente auprès de l'Organisme assureur recommandé répondant aux exigences minimales prévues par l'Accord relatif aux frais de santé du 5 mai 2023 et aux conditions de la présente Convention cadre frais de santé.

Le terme « **Convention collective** » désigne :

La Convention collective nationale des industries céramiques de France (IDCC 1558 et IDCC 1800).

Le terme « **Entreprise adhérente** » désigne :

L'entreprise relevant de la Convention collective nationale des industries céramiques de France qui adhère au Contrat collectif obligatoire auprès de l'Organisme assureur recommandé.

Le terme « **Régime** » désigne :

Le régime de frais de santé dont les prestations et cotisations sont définies dans la Convention collective nationale des industries céramiques de France.

ARTICLE 1 – OBJET

La présente Convention cadre frais de santé (ci-après désignée la « Convention cadre ») a pour objet de formaliser l'acceptation par l'Organisme assureur de sa recommandation à compter du 1^{er} janvier 2024, les conditions d'assurance sur lesquelles portent son engagement ainsi que les modalités de suivi et de contrôle du Régime de frais de santé de la branche.

Plus précisément, la Convention cadre a pour objet de permettre aux entreprises, entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale des industries céramiques de France, d'adhérer, à compter du 1^{er} janvier 2024, auprès de l'Organisme assureur recommandé, à un Contrat collectif obligatoire frais de santé répondant aux exigences minimales prévues par l'Accord en date du 5 mai 2023, et selon les conditions définies à la Convention cadre.

Outre les présentes dispositions, la Convention cadre se compose :

- Des conditions générales qui régissent les rapports entre l'Organisme assureur et les Entreprises adhérentes et définissent les modalités d'application des garanties proposées (Annexe 1 - Conditions générales à effet du 1^{er} janvier 2024). Ces conditions générales définissent notamment les conditions d'adhésion des Entreprises adhérentes, la définition des bénéficiaires et leurs conditions d'affiliation et les modalités de gestion des cotisations et des prestations ;
- De la notice d'information (Annexe 2- Notice d'information à effet du 1^{er} janvier 2024) établie par l'Organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir à l'occasion de toute demande de prestations. Elle est remise par l'Entreprise adhérente aux assurés ;
- Des formules de garanties proposées par l'Organisme assureur (Annexe 3 – Tableau des Garanties à effet du 1^{er} janvier 2024) ;
- Des tarifs inhérents aux garanties proposées (Annexe 4 – Tableau des cotisations à effet du 1^{er} janvier 2024).

Un protocole technique et financier (PTF) et la Charte de Qualité relative au déploiement commercial viennent compléter la Convention cadre, respectivement en Annexes 5 et 6.

ARTICLE 2 – RECOMMANDATION

Par l'Accord, les partenaires sociaux de la Convention collective ont mis en place un régime obligatoire et collectif de frais de santé pour les entreprises et les salariés relevant de la Convention collective destiné à compléter en tout ou partie les prestations de la Sécurité sociale en matière de remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Afin que les entreprises et les salariés de la branche puissent bénéficier d'une mutualisation des risques dans un objectif de pérennité et d'efficacité, les partenaires sociaux ont décidé de recommander, après mise en concurrence préalable dans les conditions prévues par l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale et de son décret d'application :

Mutuelle Mieux-Etre,

Mutuelle Mieux-Etre, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 659 907 dont le siège social est situé au 171, avenue Ledru-Rollin, 75544 Paris Cedex 11.

Cette recommandation prend effet au 1^{er} janvier 2024 pour une durée maximum de cinq ans à l'issue de laquelle les partenaires sociaux de la branche procéderont à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques couverts par le Régime.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Organisme assureur recommandé adresse annuellement au ministre chargé de la Sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du Régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Le décret n° 2015-752 du 24 juin 2015 modifié précise le contenu devant figurer dans le rapport.

Les partenaires sociaux ont également souhaité la mise en place d'un Fonds de solidarité géré par l'Organisme assureur. Ce fonds a notamment pour objet de mettre en place des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité définies à l'article 8 de l'Accord.

ARTICLE 3 – CONTRATS D'ASSURANCE

Afin de mettre en œuvre l'obligation conventionnelle en matière de couverture frais de santé au bénéfice des salariés, les entreprises relevant de la Convention collective nationale des industries céramiques de France peuvent rejoindre le régime mutualisé en souscrivant un Contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de l'Organisme assureur.

La mutualisation des contrats d'assurance frais de santé s'effectue dans les conditions précisées dans le Protocole technique et financier.

Les Entreprises adhérentes et les salariés bénéficient ainsi de garanties identiques à un tarif unique. L'Organisme assureur s'engage à accepter l'adhésion de toute entreprise relevant de la Convention collective nationale des industries céramiques de France.

3.1 – Contrat solidaire et responsable

Les Contrats collectifs frais de santé à adhésion obligatoire sont régis par, le Code de la Mutualité lorsqu'ils sont souscrits auprès de l'Organisme assureur et relèvent de l'article R. 211-2 du Code de la Mutualité [branches 1 et 2 (Accidents – Maladie)].

Les garanties définies par le Contrat collectif et obligatoire de frais de santé s'inscrivent dans le cadre de la réglementation fiscale et sociale des « contrats solidaires et responsables ». A ce titre :

- Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- Les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant dans les conditions prévues aux articles visés ci-après et au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L. 871-1 et R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En aucun cas, les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles légales et/ou réglementaires des contrats responsables. En cas de contradiction entre les dispositions contractuelles et les règles légales et/ou réglementaires du contrat responsable et leurs évolutions, seules ces dernières priment sur les présentes dispositions.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués dans l'Annexe « Tableau de garanties » peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale).

3.2 – Bénéficiaires

Conformément à l'Accord, l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans son champ d'application, sans condition d'ancienneté, est couvert à titre obligatoire pour les garanties collectives qu'il définit.

3.3 – Choix de l'entreprise lors de la souscription

Deux niveaux de couverture sont proposés :

- **Niveau 1 : « base obligatoire »**
- **Niveau 2 : « base obligatoire » + « option »**

En conformité avec l'Accord, l'Entreprise adhérente a le choix de souscrire à titre obligatoire :

- **Soit, un contrat collectif obligatoire niveau 1 (« base obligatoire »)** couvrant le salarié + enfant(s) à charge, et, le cas échéant, le conjoint ;
 - o Le salarié peut améliorer son niveau de garantie au niveau 2 « option », pour lui-même + enfant(s) à charge, et, le cas échéant, le conjoint (**cotisation facultative additionnelle à facturation individuelle, à la charge du salarié exclusivement**) ;
- **Soit, un contrat collectif obligatoire niveau 2 (« base obligatoire » + « option »)** couvrant le salarié + enfant(s) à charge, et, le cas échéant, le conjoint.

Concernant le cas des entreprises ayant souscrit un contrat de frais de santé auprès de l'Organisme assureur, antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la Convention cadre, l'Organisme assureur s'engage à favoriser leur intégration dans le régime mutualisé tel que défini dans le Protocole technique et financier.

3.4. – Souscription et évolution des contrats d'assurance

Les contrats collectifs d'assurance souscrits par l'entreprise sont composés de deux parties indissociables :

- Les Conditions générales définissant les conditions de cotisations et de prestations ainsi que les obligations réciproques des parties ;
- Les bulletins et certificats d'adhésion définissant la date d'effet de l'adhésion, la catégorie de personnel assurée, les taux de cotisations et les garanties couvertes.

L'engagement réciproque de l'Entreprise adhérente et de l'Organisme assureur résulte de la signature du bulletin d'adhésion par l'Entreprise adhérente et de l'envoi du certificat d'adhésion par l'Organisme assureur. Un exemplaire des statuts de Mutuelle Mieux-Etre est remis à l'Entreprise adhérente.

L'Organisme assureur adresse aux Entreprises adhérentes une notice d'information qui définit les garanties souscrites et les modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre pour bénéficier des dispositifs.

Il appartient à l'Entreprise adhérente souscriptrice du contrat collectif d'assurance de remettre cette notice à chaque salarié affilié.

ARTICLE 4 – GARANTIES

Les garanties proposées sont mentionnées à l'Annexe 3 de la Convention cadre. Elles s'appliquent dans les conditions fixées aux conditions générales (Annexe 1).

ARTICLE 5 – COTISATIONS

Le financement des garanties est assuré par le versement de cotisations TTC (toutes taxes comprises) exprimées en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, selon les dispositions figurant à l'article 2.3 de l'Accord.

Les cotisations applicables à compter du 1^{er} janvier 2024 sont mentionnées en Annexe 4. Il est convenu que les entreprises adhérentes de la Branche pourront obtenir de l'organisme assureur un devis avant la date mentionnée mais les effets du contrat d'assurance pour les entreprises de la Branche seront à la date du 1^{er} janvier 2024.

Les taux de cotisations incluent la taxe solidarité additionnelle dont le taux actuel est de 13,27%.

Toute(s) taxe(s) ou contributions légales présente(s) ou future(s) qui viendrait(en)t à s'appliquer sera(ont) mise(s) à la charge de l'Entreprise adhérente.

Les structures de cotisations sont les suivantes :

- Couverture obligatoire du salarié + enfant(s) à charge + le cas échéant le conjoint, au niveau choisi par l'entreprise : « base obligatoire » ou « base obligatoire + option » (**cotisation obligatoire, à la charge de l'employeur et du salarié**) ;
- Couverture facultative au choix du salarié : extension au conjoint (si couverture obligatoire du salarié + enfant(s) à charge choisie à titre obligatoire par l'entreprise) + niveaux de garantie supérieurs, si couverture au niveau « base obligatoire » choisi à titre obligatoire par l'entreprise (**cotisation facultative additionnelle à facturation individuelle, à la charge du salarié exclusivement**).

ARTICLE 6 – PROMOTION DE LA CONVENTION CADRE

6.1 - La promotion par le Contractant

Le Contractant s'engage à promouvoir auprès des entreprises, relevant de la Convention collective nationale des industries céramiques de France, la Convention cadre répondant aux exigences du Régime fixé par l'Accord et fondé sur une mutualisation optimisée du régime de branche.

Il s'engage à en assurer une promotion régulière au cours de la durée de la Convention cadre.

6.2 - La promotion par l'Organisme assureur

L'Organisme assureur s'engage à tout mettre en œuvre pour recueillir les adhésions de toutes les entreprises relevant de la Convention collective nationale des industries céramiques de France conformément à l'Annexe 6.

L'objectif de l'Organisme assureur dans le cadre de la présente Convention est de promouvoir la mutualisation du Régime de la branche.

L'Organisme assureur pourra déployer des opérations de communication à distance auprès de toutes les entreprises de la branche afin de promouvoir le Régime de branche.

ARTICLE 7 – FONDS SOCIAL INSTITUTIONNEL

L'Organisme assureur s'engage à faire la promotion du Fonds social institutionnel auprès des employeurs relevant de la Convention collective et de leurs salariés assurés.

Il est précisé que l'articulation du Fonds social spécifique précité mis en place dans le cadre du degré élevé de solidarité sera complémentaire à l'action sociale institutionnelle de l'Organisme assureur.

ARTICLE 8 – DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

Conformément à l'Accord et à l'article R. 912-3 du Code de la Sécurité sociale, le Régime finance des actions matérialisant son degré élevé de solidarité à travers la constitution d'un fonds solidaire, alimenté par 2 % des cotisations hors taxes dues par les Entreprises adhérentes.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation et de Concertation (CPPNIC) en concertation avec l'Organisme assureur. Ces actions seront définies conformément aux dispositions des articles R. 912-1 et R.912-2 du Code de la Sécurité sociale par la CPPNI, dans un Règlement ultérieur spécifique. Ces dispositions seront définies de manière à assurer l'équilibre du Fonds de solidarité.

Compte tenu de la nature de ces actions de solidarité, leur octroi est subordonné aux décisions des partenaires sociaux en concertation avec l'Organisme assureur, **ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement et disponibles.**

ARTICLE 9 – CONDITIONS D'ASSURANCE

9.1 – Conditions d'assurance et évolutions ultérieures

✓ Lors de la mise en œuvre de la Convention

Les niveaux de garanties ainsi que les montants de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de la signature de la Convention cadre. L'engagement de l'Organisme assureur est acquis pour autant que ce cadre juridique perdure.

Les taux de cotisations contractuels, exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (% du PMSS arrondis en € deux chiffres après la virgule et recalculé chaque fin d'année en fonction de la valeur de PMSS de l'année suivante), sont maintenus pour une période de deux ans à partir du 1^{er} janvier 2024. Ce maintien est valable sous réserve qu'aucun désengagement de la Sécurité sociale ni d'évolution des bases de remboursement durant cette période, et sous réserve d'un environnement législatif et réglementaire constant, n'interviennent.

✓ Evolutions des cotisations et/ou prestations

L'évolution des conditions d'assurance sera le résultat d'une concertation avec les partenaires sociaux sur la base notamment des éléments et analyses de l'Organisme assureur et le cas échéant des experts mandatés par les partenaires sociaux.

Lorsque des évolutions sont décidées, celles-ci se font en fonction du rapport sinistre à prime (adéquation des charges et des ressources) en tenant compte notamment de l'évolution de la consommation médicale

totale, de l'évolution démographique des populations garanties, des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits.

✓ Modification de l'environnement législatif et/ou réglementaire

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions de prise en charge par le régime de base de Sécurité sociale, les changements, apportés à ces conditions postérieurement à la définition des conditions d'assurance, ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'Organisme assureur qui est, en pareil cas, fondé à demander aux partenaires sociaux d'apporter à l'expression de la garantie, les aménagements nécessaires.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, l'Organisme assureur est fondé à majorer à due concurrence les cotisations appelées et à proposer aux partenaires sociaux une révision de l'Accord de la Convention collective nationale, y compris pendant la période de maintien de taux.

L'impact des mesures appliquées fait l'objet d'une étude générale et personnalisée afin de mettre en œuvre les éventuelles mesures correctives, sur les cotisations et/ou sur les prestations, permettant de maintenir l'équilibre du régime, ceci après conclusion par les partenaires sociaux d'un avenant portant révision de l'Accord de la Convention collective nationale.

En cas de désaccord entre les parties, résultant de l'application du présent article, l'Organisme assureur se réserve le droit de mettre en œuvre la faculté de résiliation prévue à l'article 11.3 de la présente convention cadre.

9.2 – Comptes de résultats

Les modalités selon lesquelles sont établis le compte de résultat font l'objet d'un Protocole technique et financier. L'Organisme assureur apporte, d'une façon générale, toute information d'ordre économique, technique ou juridique susceptible d'en favoriser l'analyse à la CPPNIC.

ARTICLE 10 – GESTION DU REGIME

Avec l'accord des partenaires sociaux, la gestion du régime de branche mutualisé concernant notamment l'appel, l'encaissement des cotisations et le règlement des prestations est déléguée en France.

A cet effet, une convention de délégation de gestion est signée entre l'Organisme assureur recommandé et le gestionnaire – à la date d'effet de la présente Convention : NOVEOCARE -SAS au capital de 1 020.000 euros -immatriculée au RCS de Chartres sous le numéro 348 884 677 -2 Rue Joseph Fourier Bâtiment Siège CS 20187 Le Jardin d'Entreprises 28008 Chartres Cedex -France
ORIAS N° 14006665 (www.orias.fr) - N° TVA intracommunautaire : FR 84 348 884 677, lequel a été approuvé par les partenaires sociaux.

Les frais de gestion sont fixés au protocole technique et financier (Annexe 5).

La CPPNI se réunira au moins une fois par an avec l'Organisme assureur et, le cas échéant, le délégataire et les experts mandatés par les partenaires sociaux, pour notamment analyser les modalités et conditions de la gestion du régime de branche, envisager les actions correctrices le cas échéant et les axes d'amélioration si nécessaires.

ARTICLE 11 – DATE D’EFFET ET DURÉE DE LA CONVENTION CADRE

11.1 – Date d’effet et durée

La Convention cadre prend effet au 1^{er} janvier 2024, pour une durée au moins égale à celle de la recommandation prévue par l’Accord.

11.2 – Fonctionnement et révision

Le fonctionnement de la Convention cadre est soumis au contrôle de la CPPNIC qui étudie les modifications des prestations et des cotisations et pilote le Fonds DES.

Les conditions de la Convention cadre (garanties, tarifications et règles d’application précisées dans les documents contractuels) sont fixées sur la base de l’équilibre technique (rapport prestations/cotisations) des Contrats collectifs obligatoires, des bases de versement des prestations du Régime Obligatoire (Sécurité sociale, Alsace-Moselle), du Régime mis en place par l’Accord et plus généralement des dispositions légales ou réglementaires en vigueur à la date d’effet de la Convention cadre.

Si l’un de ces éléments venait à être modifié, la Convention cadre (et notamment l’étendue des garanties et/ou le montant des cotisations) pourrait faire l’objet de modification par la conclusion d’un avenant signé des Parties.

11.3 – Dénonciation de la Convention cadre et sort des réserves

La Convention cadre peut être dénoncée à l’initiative des partenaires sociaux ou de l’Organisme assureur., sous réserve d’un préavis de **6 mois avant l’échéance annuelle du 31 décembre**. La dénonciation est formalisée par l’envoi d’une lettre recommandée avec avis de réception.

La Convention cadre est résiliée de plein droit en cas de dénonciation ou de modification de la recommandation par les partenaires sociaux.

La résiliation de la Convention cadre est sans conséquence sur les contrats d’assurance collective du régime frais de santé souscrits par les Entreprises adhérentes ; ces contrats demeurent en vigueur tant que l’Entreprise adhérente ou l’Organisme assureur n’en demandent pas la résiliation dans le respect des dispositions légales d’ordre public.

L’Organisme assureur informera les Entreprises adhérentes de la dénonciation de la Convention cadre par lettre recommandée au moins 2 mois avant la fin de l’exercice civil, afin que celles-ci puissent résilier leur contrat si elles le souhaitent.

Le sort des réserves sera traité selon les modalités prévues par le Protocole technique et financier.

ARTICLE 12 – SUIVI TECHNIQUE

12.1 - Modalités d’établissement des comptes

Les paramètres techniques du compte, les conditions de la mutualisation et l’ensemble des éléments nécessaires au suivi du risque (suivi des cotisations et des prestations, statistiques sur la consommation et les effectifs gérés) seront définis dans le Protocole technique et financier (PTF)-cf Annexe 5-.

12.2 - Périodicité des comptes

Chaque année, l'Organisme assureur présente à la CPPNIC les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre de l'année précédente.

La Commission doit être en mesure d'approuver les comptes au plus tard le 30 juin. A ce titre un audit sera présenté à la Commission pour validation des comptes de l'exercice et procède ainsi à l'affectation des éventuels excédents.

L'Organisme assureur présenter un compte consolidé de l'année en cours courant octobre de l'année N.

Conformément aux dispositions de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, l'Organisme assureur établit pour chaque exercice civil un rapport sur les résultats du Régime correspondant aux activités consolidées de toutes les Entreprises adhérentes.

Ce rapport comprend notamment :

- Les cotisations encaissées selon les périodes par trimestre ;
- La détermination des cotisations restant à encaisser ;
- Les prestations versées par date de soins ;
- Les statistiques de consommation par poste, quantités d'actes, reste à charge...

Ce rapport sera adressé au Contractant après l'approbation des comptes par la CPPNIC et au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré. Les Entreprises adhérentes seront également informées.

Ce rapport reprend tant les éléments fixés par l'article 3 du décret n°90-769 du 30 août 1990, que ceux figurant dans le décret n°2015-752 du 24 juin 2015.

12.3 - Le suivi par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation et de Conciliation

La Convention cadre est soumise au contrôle des partenaires sociaux de la branche dans le cadre de la CPPNIC.

A cette fin, le suivi technique fera l'objet d'une présentation réalisée par l'Organisme assureur, au moins deux fois par an, au cours de laquelle l'Organisme assureur fournira à la Commission l'ensemble des éléments nécessaires au suivi et au pilotage du Régime.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux de la branche dans le respect des dispositions de l'article L.912-1, III du Code de la Sécurité sociale, dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet de la Convention cadre.

Les Parties se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du délai quinquennal mentionné ci-dessus.

12.4 - Frais de pilotage et de suivi technique de la Convention cadre et d'information des assurés

Les frais de suivi des Conseillers techniques du Contractant ainsi que les frais relatifs aux actions de promotion seront pris en charge, pour leur facturation effective, et après validation par le Contractant en débit du compte de résultats.

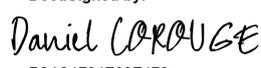
Fait en plusieurs exemplaires originaux, à Paris, le 19 janvier 2024

Suivent les signatures :

Pour les Partenaires sociaux

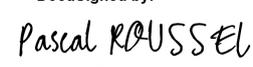
Organisations Professionnelles d'employeurs

- La CONFEDERATION DES INDUSTRIES CERAMIQUES DE France (CICF),
Représentée par : Monsieur Daniel COROUGE, par délégation du Président de la CICF

DocuSigned by:

FC4C4F94E83E472...

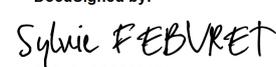
Organisations Syndicales de salariés

- La FEDERATION NATIONALE DES SALARIES DE LA CONSTRUCTION ET DU BOIS, C. F. D. T.,
Représentée par : Monsieur Pascal ROUSSEL

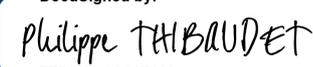
DocuSigned by:

ACE121ED6725468...

- La FÉDÉRATION BATI-MAT-TP – CFTC,
Représentée par : Madame Caroline TYKOCZINSKY

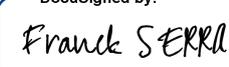
- LA FÉDÉRATION DE LA C.F.E/C.G.C CHIMIE,
Représentée par : Madame Sylvie FEBVRET

DocuSigned by:

9361CF2FC263478...

- La FEDERATION NATIONALE DES TRAVAILLEURS DU VERRE ET DE LA CERAMIQUE, C.G.T.,
Représentée par : Monsieur Philippe THIBAUDET

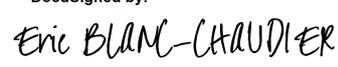
DocuSigned by:

7F518D4A344F419...

- La FEDERATION GENERALE FORCE OUVRIERE CONSTRUCTION,
Représentée par : Monsieur Franck SERRA

DocuSigned by:

A51344A1C6F14F8...

Pour l'Organisme assureur

- MUTUELLE MIEUX-ETRE
Représentée par : Monsieur Eric BLANC-CHAUDIER, Directeur Général

DocuSigned by:

603A4732A66340C...