

Convention collective nationale des activités de marchés financiers du 11 juin 2010

- Avenant n° 4 du 21 Juin 2022 relatif au régime frais de santé

IDCC : 2931

Avenant conclu entre :

- D'une part : l'organisation patronale :
 - Association française des marchés financiers (AMAFI) -

- D'autre part : les Organisations syndicales représentatives des salariés :
 - CFDT Bourse,
 - CFTC Marchés Financiers,
 - CGC MF,
 - SPI – MT.

Préambule

Le présent avenant a pour objet de réexaminer et d'adapter le régime conventionnel frais de santé au regard des évolutions législatives et réglementaires.

Il est également convenu de modifier les cotisations.

En conséquence, l'article 22, l'annexe II et l'annexe III de la convention collective nationale des activités de marchés financiers (CCNM) sont modifiés comme suit :

Article 1^{er} Bénéficiaires des garanties frais de santé

L'article B1 de l'annexe II est modifié comme suit :

« Bénéficiaire du régime frais de santé, l'ensemble des salariés de la branche, sans condition d'ancienneté.

Le régime propose une couverture des salariés mentionnés à l'article 22-6 de la CCNM ainsi qu'à leur famille.

Par famille, il faut comprendre :

Le conjoint :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du Code civil,
- ou à défaut, la personne vivant en couple avec l'assuré au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve que l'assuré et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Un seul ayant droit peut être reconnu au titre de la vie de couple ;

Les enfants à charge :

Les enfants à charge de l'assuré ou ceux de son conjoint au sens du contrat sont ceux qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans,
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
- être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC.
- s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
- s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

Article 2 : Adhésion à titre obligatoire au régime

Le 3e alinéa de l'article 22.7 relatif aux « Risques garantis » est modifié comme suit :

« Le régime frais de santé garantit le salarié et sa famille à titre obligatoire »

Les ayants droit du salarié, tels que définis ci-dessus, sont obligatoirement affiliés au régime sauf demande de dispense d'affiliation.

La structure de la cotisation du régime est la suivante :

- « isolé » couvre le salarié célibataire sans enfant
- ou « famille » couvre le salarié avec des ayants droit

Le régime frais de santé s'inscrit dans le cadre des contrats dits « responsables » et répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et des textes réglementaires d'application. Les garanties santé sont automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits responsables.

Les régimes sont souscrits sans sélection médicale, ni questionnaire médical. Les cotisations ne sont pas établies en fonction de l'âge du participant.

Les garanties des régimes sont décrites dans les annexes II (prévoyance) et III (frais de santé).

Une notice d'information est établie par l'organisme à destination des salariés et distribuée à ceux-ci par chaque employeur, conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale.

Article 3 : Les dispenses d'affiliation au régime

Article 3.1 : dispense d'affiliation du salarié

L'article B-2 annexe II de la convention collective nationale des activités de marchés financiers consacré aux « Dispenses d'affiliation » est désormais rédigé comme suit :

« Une dispense d'affiliation du salarié est admise, à condition de formuler la dispense d'affiliation au moment de l'embauche, ou à la date de mise en place des garanties dans l'entreprise si celle-ci est postérieure :

1. Pour les salariés bénéficiaires de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) en application de l'article L. 861-1 et suivants du code de la sécurité sociale. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ;

2. Pour les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou au moment de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

3. Pour les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture frais de santé servie au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :

a) Contrat collectif à adhésion obligatoire, en matière de frais de santé, conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du CSS (cas notamment des salariés à employeurs multiples).

b) Contrat complémentaire des agents de la fonction publique d'état ou des collectivités territoriales ainsi que les établissements publics.

c) Contrat d'assurance groupes, dits Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994).

d) Régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle (CSS, articles D. 325-6 et D. 325-7).

e) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (décret n° 46-1541 du 22 juin 1946).

4. Pour les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail ou de mission dont la durée de couverture collective à adhésion obligatoire est d'une durée inférieure à 3 mois, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

5. Pour les salariés à temps partiel ou apprentis dont l'adhésion au régime frais de santé le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute.

Ce salarié doit formuler sa demande de dispense d'affiliation par écrit et l'employeur doit être en mesure de produire ces demandes.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime. L'affiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogations au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent accord, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

Article 3.2 : Dispenses d'affiliation des ayants-droits

Le salarié couvert peut toutefois demander une dispense d'affiliation pour un ou plusieurs de ses ayants droit étant dans l'une des situations suivantes :

- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs d'un dispositif collectif et obligatoire (cette dispense concerne les ayants-droits couverts par un contrat collectif et obligatoire souscrit par une autre entreprise),
- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs d'un contrat d'assurance groupe dit «Madelin» pour les travailleurs « non salariés »,
- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs du régime local d'Alsace Moselle,
- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs du régime complémentaire des industries électriques et gazières (IEG) ou,
- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs d'une complémentaire santé de la fonction publique d'Etat (issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007) ou territoriale (issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011),

- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- Ayant-droit bénéficiant par ailleurs de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Dans ce cas le salarié devra formuler une demande de dispense qui répondra au même formalisme que celui prévu par l'article 3.1.

Pour les couples travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple peut être affilié en propre, l'autre peut l'être, dans ce cas, en tant qu'ayant droit.

Article 4 : Maintien des garanties santé au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale (portabilité)

Les dispositions liées à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est venue modifier le dispositif de maintien de couverture dit de portabilité au profit des anciens salariés.

L'article C annexe II de la convention collective nationale des activités de marchés financiers « Cas des salariés licenciés » est modifié comme suit :

« a) Bénéficiaires

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties 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 mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. 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, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
5. 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 mentionnée au premier alinéa.

b) Mise en œuvre de la portabilité

Pour le régime frais de santé, ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiait effectivement des garanties frais de santé à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme gestionnaire, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

L'ancien salarié bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

c) Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties 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, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois de couverture.

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

– à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance ou frais de santé complémentaires, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;

– en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès) ;

– en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur ;

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

d) Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations prévoyance reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

S'agissant des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire, elles seront limitées au montant des allocations nettes du régime d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

e) Financement

Le financement de ce dispositif fait l'objet de mutualisation intégrée aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale).

Article 5 : Maintien de garanties santé au titre de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989

Les dispositions relatives à la mise en œuvre de l'article 4 de la loi Évin de l'article B-5 (alinéa 5 et suivants), de l'annexe II de la convention collective nationale des activités de marchés financiers restent inchangées et sont rappelées comme suit :

« Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties Frais de santé peuvent être maintenues par la souscription d'un contrat individuel proposé sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'ancien salarié décédé.

Sous réserve d'être informé par l'entreprise de la cessation du contrat de travail pour l'un des motifs ci-dessus, ou du décès du salarié, l'organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 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 au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou du décès du salarié.

Ce maintien de garanties est accordé aux bénéficiaires tels que définis dans la présente CCNM au moment de la cessation du contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article C de l'annexe II de la convention collective nationale des activités de marchés financiers.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant suivant la fin de la portabilité des droits ou dans les 6 mois suivant le décès du salarié.

La nouvelle garantie prend effet au plus tard au lendemain de la demande.

Les cotisations sont intégralement prises en charge par l'intéressé. »

Les autres dispositions de l'article B-5 de l'annexe II de la convention collective nationale des marchés financiers sont inchangées.

Article 6 Maintien de garantie en cas de suspension du contrat de travail

B. 5. – Cas des salariés dont le contrat de travail est suspendu

En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire par l'employeur ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées par l'employeur ou pour son compte par un organisme tiers), la garantie est maintenue pour le salarié et, le cas échéant, l'ensemble de sa famille pour la période considérée.

Les cotisations de l'Entreprise et du salarié sont maintenues et dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de salaire par l'employeur ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, le salarié peut demander à l'Entreprise le maintien de sa garantie, pendant la durée de la suspension de son contrat de travail, sous réserve d'en faire la demande et de s'acquitter de l'intégralité des cotisations (part employeur et part salarié).

Les cotisations sont à régler directement auprès de l'organisme.

Article 7 Tableau descriptif des garanties

À compter du 1er juillet 2022, les garanties définies à l'annexe III, bénéficiant du régime social et fiscal de faveur des contrats responsables, sont les suivantes :

Tableau des garanties responsables

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

HOSPITALISATION ⁽¹⁾ en établissement conventionné ou non ⁽²⁾	
Frais de séjour	100 % BR
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée ⁽³⁾	100 % FR
Forfait patient urgence ⁽⁴⁾	Sans reste à payer
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	
Participation forfaitaire y compris soins courants	Prise en charge
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	
Par jour	-
DENTAIRE auprès d'un professionnel	
Soins et prothèses 100 % Santé** ⁽⁵⁾	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % Santé	
Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie	100 % BR
Inlay-onlay par an et par bénéficiaire	125 % BR
Parodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	-
Prothèses autres que 100 % Santé ⁽⁶⁾	
Prothèses à tarif libre ou maîtrisé, remboursées par la Sécurité sociale Par an et par bénéficiaire	Dans la limite de 30 % PMSS et au-delà du forfait 125 %BR
Couronnes, bridges et inter de bridges	300 % BR
Couronnes sur implant	300 % BR
Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)	300 % BR
Réparations sur prothèses	300 % BR
Inlays cores	300 % BR
Geste complémentaire	300 % BR
Implantologie (implant + pilier implantaire)	

Par an et par bénéficiaire	-
Orthodontie ⁽⁷⁾	125 % BR
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) ⁽⁸⁾	
Équipement 100 % Santé**⁽⁹⁾ (classe A)	
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
• Par verre simple	65 €
• Par verre complexe	80 €
• Par verre très complexe	115 €
• Par monture de lunettes	100 €
Lentilles	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	3,5 % PMSS 100% BR au-delà du forfait
Chirurgie de l'œil	
Forfait/œil/bénéficiaire	-
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	
Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** ⁽⁹⁾ (classe I***)	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 €
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	122 % BR
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR
Accessoires et fournitures	400 % BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes techniques médicaux	
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	Prise en charge
Analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux	100 % BR
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	400 % BR
Frais de transport sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽¹⁰⁾	100 % BR
Médicaments	100 % BR ou TFR
Médecine alternative	
Par séance et par bénéficiaire (limité à 4 séances par an)	-
Prévention	

Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale ⁽¹¹⁾	Pris en charge
Assistance	
Garanties assurées	Oui

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale, PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale, FR = Frais réels, TFR = Tarif Forfaitaire de Responsabilité, TM = Ticket Modérateur

(a) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

(*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (**) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. (***) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. (****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction. (*****) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique.
- (2) En établissement non conventionné prise en charge minimale au TM
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.
- (4) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.
- (6) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
- (7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (8) Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.
La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres).
L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale."
- (9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définies aux Conditions générales.
- (10) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (11) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Il sera adapté automatiquement en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable.

Article 8 : Financement du régime de frais de santé

Les cotisations du régime frais de santé définies à l'article 22.9 de la convention collective nationale des activités de marchés financiers sont modifiées comme suit à compter du 1er juillet 2022 :

TAUX CONTRACTUELS	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
ISOLE	1,59%PMSS	0,90%PMSS
FAMILLE	2,05%PMSS	1,60%PMSS

TAUX D'APPEL	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
ISOLE	1,27%PMSS	0,72%PMSS
FAMILLE	1,64%PMSS	1,28%PMSS

La cotisation du régime obligatoire frais de santé est financée à 50 % par l'employeur et à 50 % par le salarié.

Les autres dispositions du présent article sont inchangées.

Article 9 : Date d'effet

Le présent avenant est à durée indéterminée. Il prend effet au 01/10/2022.

Article 10 : Dépôt et extension

Le présent avenant ayant vocation à adapter les dispositions du régime collectif obligatoire de frais de santé, dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la convention collective des activités de marchés financiers, ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L.2232-10-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

La partie la plus diligente des organisations signataires d'une convention ou d'un accord en notifie le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail