

**ACCORD RELATIF A UN REGIME DE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
DANS LA BRANCHE DES INDUSTRIES ET DES COMMERCE EN GROS DES VINS,
CIDRES, SPIRITUEUX, SIROPS, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES
DU 9 OCTOBRE 2020**

SOMMAIRE :

Préambule

Article 1 - Champ d'application

Article 2 - Bénéficiaires

2.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

2.2 - Dispositif du « versement santé »

2.2.1 - Objet du « versement santé »

2.2.2 - Bénéficiaires du « versement santé »

2.2.3 - Conditions d'octroi du « versement santé »

2.2.4 - Modalités de calcul du « versement santé »

2.3 - Cas de dérogation au caractère obligatoire

2.4 - Extension des garanties de complémentaire frais de santé

2.4.1 - Définition du conjoint

2.4.2 - Définition des enfants à charge

Article 3 - Prestations du régime de complémentaire frais de santé

3.1 - Garanties minimales obligatoires

3.2 - Garanties du régime optionnel

Article 4 - Répartition de la cotisation

Article 5 - Conditions de suspension et de cessation des garanties

5.1 - Suspension des garanties

5.2 - Cessation des garanties

Article 6 - Portabilité des droits de complémentaire frais de santé

6.1 - Bénéficiaires de la portabilité

6.2 - Garanties maintenues

6.3 - Durée de la portabilité

6.4 - Financement de la portabilité

Article 7 - Commission paritaire de suivi et clause de rendez-vous

Article 8 - Durée, entrée en vigueur et effets

Article 9 - Dépôt, extension et publicité

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses ont élaboré, négocié et conclu un accord instituant un régime obligatoire de remboursement des frais de santé afin d'apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

Concomitamment, un accord relatif à un régime de prévoyance a également été conclu dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

Les partenaires sociaux soulignent l'importance de rendre la branche attractive en matière de protection sociale complémentaire à l'égard de l'ensemble des actuels et futurs collaborateurs, en leur assurant un accès aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération notamment d'âge ou d'état de santé.

Au-delà du régime obligatoire conventionnel de base instauré par le présent accord, les parties signataires rappellent que les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires plus favorables au bénéfice de leurs salariés, dont les garanties se substitueraient alors à celles instituées par le présent accord.

Article 1 - Champ d'application

Le présent accord est applicable aux entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France du 13 février 1969 (IDCC 493) modifiée notamment par l'avenant de révision du 5 novembre 2012.

Le présent accord collectif abroge et remplace l'accord de branche relatif à un régime de complémentaire frais de santé du 1^{er} avril 2015 et ses avenants du 5 décembre 2017, du 5 juillet 2018 et du 9 octobre 2020.

Le choix de l'organisme assureur incombe à l'employeur, qui recueille préalablement l'avis des représentants du personnel lorsqu'ils existent.

L'organisme assureur choisi par l'entreprise assure la collecte des cotisations ainsi que le versement des prestations correspondant au moins aux garanties minimales obligatoires prévues par le présent accord.

Article 2 - Bénéficiaires

Article 2.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

Le bénéfice des garanties visées à l'article 3.1 du présent accord est ouvert au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France du 13 février 1969 modifiée, à compter de leur date d'entrée dans les effectifs de l'entreprise.

Par exception, les salariés visés à l'article 2.2 du présent accord et qui relèvent exclusivement du dispositif du « versement santé » en application de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale sont exclus du bénéfice du régime complémentaire santé mis en place.

Sont bénéficiaires du régime de base obligatoire de complémentaire frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail et maladie professionnelle) et indemnisés par la Sécurité Sociale ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant la période, du maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise ;
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail, ou sous réserve d'un procès-verbal du Conseil d'Administration (ou équivalent) de l'entreprise, les mandataires sociaux qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont assimilés à des salariés.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire.

Les salariés définis ci-dessus bénéficient obligatoirement d'une couverture à titre personnel, collective et souscrite par l'employeur, à l'exclusion des salariés bénéficiaires du « versement santé » visés à l'article 2.2 du présent accord. En outre, les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite soit individuellement par chaque salarié, soit collectivement par l'employeur.

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Article 2.2 - Dispositif du « versement santé »

Article 2.2.1 - Objet du « versement santé »

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, un dispositif dit « versement santé » est instauré au profit de certains salariés en contrats courts ou à temps partiel.

Ce dispositif prévoit que certains salariés peuvent obtenir de la part de leur employeur un financement dit « versement santé », afin de participer à la prise en charge de la couverture santé qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire ainsi qu'à la portabilité.

Article 2.2.2 - Bénéficiaires du « versement santé »

Bénéficiaire du « versement santé », sous réserve de respecter les conditions prévues à l'article 2.2.3 du présent accord, les salariés dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à trois (3) mois et les salariés dont la durée effective du travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à quinze (15) heures par semaine.

Article 2.2.3 - Conditions d'octroi du « versement santé »

Pour percevoir le « versement santé », le salarié doit avoir souscrit un contrat répondant aux exigences du contrat responsable au sens des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le « versement santé » ne peut en outre être cumulé avec le bénéfice d'une couverture :

- complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique ;
- « Complémentaire santé solidaire » prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ;
- collective et obligatoire au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, y compris en tant qu'ayant droit.

Le salarié devra justifier l'existence de sa couverture par ailleurs et sa compatibilité avec le « versement santé » par tout moyen permettant à l'entreprise d'attester de la conformité de la couverture au dispositif du « versement santé ».

Article 2.2.4 - Modalités de calcul du « versement santé »

Le montant du « versement santé » est calculé selon les modalités prévues à l'article D. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 2.3 - Cas de dérogation au caractère obligatoire

Conformément aux dispositions légales en vigueur et notamment à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, certains salariés ont s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur, lequel doit préalablement les informer des conséquences de leur choix.

À défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime conventionnel de base, à l'exclusion des salariés visés à l'article 2.2 du présent accord et qui relèvent exclusivement du dispositif du « versement santé ».

Les salariés concernés sont les suivants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture dite « Complémentaire santé solidaire » ; la dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel) ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission si la durée de la couverture collective obligatoire est inférieure à trois mois (durée appréciée à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et hors portabilité) et si ces salariés justifient d'une couverture complémentaire par ailleurs respectant les exigences du contrat responsable. La couverture dont le salarié doit justifier peut résulter de la

souscription d'une assurance individuelle ou du bénéfice d'une couverture obligatoire et collective en tant qu'ayant droit. En cas de souscription d'une assurance individuelle frais de santé, les salariés peuvent demander le bénéfice du versement santé conformément à l'article L. 911-7 III du code de la sécurité sociale ;

- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, y compris au titre d'un autre emploi, relevant :
 - o d'un dispositif collectif et obligatoire répondant aux exigences du contrat responsable ;
 - o d'un contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants ;
 - o du régime local d'assurance-maladie d'Alsace-Moselle ;
 - o du régime complémentaire des industries électriques et gazières ;
 - o d'une mutuelle de la fonction publique.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime auprès de leur employeur, en précisant notamment au titre de quelle dispense il formule sa demande :

- dans un délai de quinze jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise ;
- ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de quinze jours qui suit leur embauche ;
- ou à la date à laquelle la situation du salarié a changé, s'agissant notamment du dernier cas de dispense cité précédemment.

S'agissant des salariés bénéficiant du dernier cas de dispense précité, à défaut de précisions législatives, réglementaires ou administratives ultérieures, ils devront communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation par ailleurs.

A défaut de fournir les éléments dans les délais, l'employeur procédera à l'affiliation du salarié.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés à tout moment.

Article 2.4 - Extension des garanties de complémentaire frais de santé

Conformément à l'article 2.1, seule l'adhésion du salarié dit « isolé » est obligatoire, c'est-à-dire la couverture du salarié à titre personnel.

Une extension optionnelle des garanties de frais de santé au bénéfice du conjoint et/ou des enfants à charge du salarié peut être souscrite soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle ou complémentaire collective à adhésion facultative).

Dans ce contexte, les deux extensions optionnelles suivantes peuvent être envisagées :

- une couverture dite « duo » correspondant à la couverture du salarié et de son conjoint, ou du salarié et d'un enfant à charge ;
- une couverture dite « famille » correspondant à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfant(s) à charge).

Article 2.4.1 - Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint, pour le régime de complémentaire frais de santé :

- le conjoint judiciairement non séparé de corps, soit la personne mariée au salarié ou liée au salarié par un pacte civil de solidarité ;
- le concubin peut être assimilé à un conjoint s'il s'agit de la personne vivant maritalement avec le salarié sous réserve que les deux conditions cumulatives suivantes soient remplies :
 - o qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial,
 - o et que le salarié ait déclaré son concubinage lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, avec production d'un certificat de vie commune délivré par la mairie ou de tout justificatif de domicile commun de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif.

Article 2.4.2 - Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge du salarié, les enfants du salarié :

- âgés de moins de 21 ans, reconnus comme tels par la législation fiscale ;
- âgés de moins de 25 ans et sous condition, soit :

- de pouvoir justifier d'une poursuite d'études et d'une affiliation au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ;
- d'être reconnus handicapés, sous réserve d'être titulaires de la carte d'invalidé civil avant leur 21^{ème} anniversaire et à la charge du salarié.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 25^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième catégorie de la Sécurité Sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidé civil.

Article 3 - Prestations du régime de complémentaire frais de santé

Article 3.1 - Garanties minimales obligatoires

Les actes et frais de santé relevant des postes mentionnés dans le tableau des garanties prévu au présent article 3.1 sont couverts par le régime obligatoire conventionnel de base ; il s'agit des niveaux de base des garanties conventionnelles que doit *a minima* respecter l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Les prestations sont limitées aux frais réels restants à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

En d'autres termes, sont exclus de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Les prestations présentent un niveau de garanties supérieur au panier de soins minimum tel que défini dans le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

En application de l'article D. 911-1-1 du code de la sécurité sociale, il est précisé que pour les salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle, les prestations sont déterminées après déduction de celles garanties par le régime local.

Définitions :

SS :	Sécurité Sociale
RSS :	Remboursement de la Sécurité Sociale : montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire
PMSS :	Plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1 ^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement
BR :	Base de remboursement de la Sécurité Sociale : tarif servant de référence à l'Assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
BRR :	Base de remboursement reconstituée : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné
FR :	Frais réels : totalité des dépenses engagées pour les prestations de santé
TM :	Ticket modérateur
TC :	Tarif de convention
DPTAM :	Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires
OPTAM :	Option pratique tarifaire maîtrisée
OPTAM CO :	Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique
HLF :	Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV :	Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

ACTES MEDICAUX	Régime de base conventionnel
Consultations et visites - médecins généralistes / spécialistes - adhérents aux DPTAM	60 % BR
Consultations et visites - médecins généralistes / spécialistes - non adhérents aux DPTAM	40 % BR
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR
Actes techniques d'imagerie médicale	60 % BR
Honoraires médecins radiologues - adhérents aux DPTAM	60 % BR
Honoraires médecins radiologues - non adhérents aux DPTAM	40 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR
Actes de spécialistes - praticiens adhérents aux DPTAM	60 % BR
Actes de spécialistes - praticiens non adhérents aux DPTAM	40 % BR

HOSPITALISATION (y compris obstétrique)	Régime de base conventionnel
Frais de séjour - établissement conventionné	100 % FR - RSS
Frais de séjour - établissement non conventionné	100 % BR - RSS
Honoraires - praticiens adhérents aux DPTAM	300 % BR
Honoraires - praticiens non adhérents aux DPTAM	200 % BR - RSS
Soins post-opératoires	30 % BR
Forfait journalier hospitalier - sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée	100 % FR
Chambre particulière - prise en charge limitée par année civile et par bénéficiaire à 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé, et à 60 jours en rééducation	70 € par jour
Lit accompagnant - uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins	25 € par jour
Transport en ambulance remboursé par la SS	35 % BR
Transport en ambulance non remboursé par la SS	100 % BRR

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	Régime de base conventionnel
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - orthopédie / appareillage / prothèses	100 % BR
Frais pharmaceutiques	100 % TM
Forfait médicaments prescrits et non remboursés par la SS	50 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins remboursés par la SS	35 % BR
Vaccins non remboursés par la SS - remboursement forfaitaire	50 € par année civile et par bénéficiaire
Allocation maternité - allocation forfaitaire s'appliquant une seule fois en cas de naissance multiple	156,45 €
Cures thermales remboursées par la SS - remboursement forfaitaire	156,45 € par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie - remboursement forfaitaire	50 € par année civile et par bénéficiaire
Forfait global médecine douce (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie) - remboursement annuel limité en nombre et en montant en euros par prestation	3 fois 30 € par année civile et par bénéficiaire

DENTAIRE	Régime de base conventionnel
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
Soins et prothèses à honoraires maîtrisés	Prise en charge selon ce qui est prévu ci-dessous et dans la limite des HLF
Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay Onlay)	100 % TM
Prothèses dentaires à honoraires libres (y compris appareils Inlay Onlay et amovibles définitifs)	300 % BR
Orthodontie - actes pris en charge par la SS	110 % BR
Orthodontie - actes non pris en charge par la SS	Néant
Implantologie	Néant
Autres actes dentaires non pris en charge ci-dessus (parodontologie, etc.)	Néant

OPTIQUE	Régime de base conventionnel
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (une monture + deux verres) par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.	
Equipements « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Verre simple	80 €
Verre complexe	150 €
Verre très complexe	250 €
Monture	Adulte : 100 € / Enfant : 50 €
Lentilles	150 € par an
Chirurgie	200 € par œil

AUDIOLOGIE	Régime de base conventionnel
Limité à une aide auditive tous les quatre ans pour chaque oreille.	
Prothèses auditives « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Prothèses auditives - prise en charge limitée à 1700 € par aide auditive y compris remboursement SS	150 % BR

(*) Tels que définis règlementairement

Optique et paniers de soins « 100% Santé » avec prise en charge intégrale : les remboursements incluent la prise en charge de la SS

Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement

Article 3.2 - Garanties du régime optionnel

A titre optionnel, afin d'orienter les entreprises du secteur qui souhaiteraient compléter les garanties du régime obligatoire conventionnel de base au bénéfice de leurs salariés et éventuellement de leurs conjoints et enfants à charge, les partenaires sociaux ont réfléchi aux garanties qui pourraient être améliorées afin de tenir compte des priorités fixées au sein de la branche en matière de complémentaire frais de santé.

Les grilles de garanties plus favorables optionnelles ci-dessous sont donc proposées à titre indicatif (les garanties du régime optionnel incluent celles du régime de base conventionnel) :

ACTES MEDICAUX	Régime optionnel
Consultations et visites - médecins généralistes / spécialistes - adhérents aux DPTAM	300 % BR
Consultations et visites - médecins généralistes / spécialistes - non adhérents aux DPTAM	200 % BR - RSS
Analyses et examens de laboratoire	300 % BR
Actes techniques d'imagerie médicale	300 % BR
Honoraires médecins radiologues - adhérents aux DPTAM	300 % BR
Honoraires médecins radiologues - non adhérents aux DPTAM	200 % BR - RSS
Auxiliaires médicaux	300 % BR
Actes de spécialistes - praticiens adhérents aux DPTAM	300 % BR
Actes de spécialistes - praticiens non adhérents aux DPTAM	200 % BR - RSS

HOSPITALISATION (y compris obstétrique)	Régime optionnel
Frais de séjour - établissement conventionné	100 % FR - RSS
Frais de séjour - établissement non conventionné	100 % BR - RSS
Honoraires - praticiens adhérents aux DPTAM	100 % FR - RSS
Honoraires - praticiens non adhérents aux DPTAM	200 % BR - RSS
Soins post-opératoires	100 % FR - RSS
Forfait journalier hospitalier - sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée	100 % FR

HOSPITALISATION (y compris obstétrique)	Régime optionnel
Chambre particulière - prise en charge limitée par année civile et par bénéficiaire à 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé, et à 60 jours en rééducation	100 % FR
Lit accompagnant - uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins	50 € par jour
Transport en ambulance remboursé par la SS	50 % BR
Transport en ambulance non remboursé par la SS	100 % BRR

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	Régime optionnel
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - orthopédie / appareillage / prothèses	300 % BR
Frais pharmaceutiques	100 % TM
Forfait médicaments prescrits et non remboursés par la SS	100 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins remboursés par la SS	100 % BR
Vaccins non remboursés par la SS - remboursement forfaitaire	50 € par année civile et par bénéficiaire
Allocation maternité - allocation forfaitaire s'appliquant une seule fois en cas de naissance multiple	375,48 €
Cures thermales remboursées par la SS - remboursement forfaitaire	375,48 € par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie - remboursement forfaitaire	75 € par année civile et par bénéficiaire
Forfait global médecine douce (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie) - remboursement annuel limité en nombre et en montant en euros par prestation	5 fois 50 € par année civile et par bénéficiaire

DENTAIRE	Régime optionnel
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
Soins et prothèses à honoraires maîtrisés	Prise en charge selon ce qui est prévu ci-dessous et dans la limite des HLF
Soins dentaires pris en charge par la SS (hors Inlay Onlay)	100 % TM
Prothèses dentaires à honoraires libres (y compris appareils Inlay Onlay et amovibles définitifs)	450 % BR
Orthodontie - actes pris en charge par la SS	350 % BR
Orthodontie - actes non pris en charge par la SS	250 % BRR
Implantologie	750 € par an
Autres actes dentaires non pris en charge ci-dessus (parodontologie, etc.)	500 € par an

OPTIQUE	Régime optionnel
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (une monture + deux verres) par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.	
Equipements « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Verre simple	160 €
Verre complexe	300 €
Verre très complexe	350 €
Monture	100 €
Lentilles	250 € par an
Chirurgie	500 € par œil

AUDIOLOGIE Limité à une aide auditive tous les quatre ans pour chaque oreille.	Régime optionnel
Prothèses auditives « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Prothèses auditives - prise en charge limitée à 1700 € par aide auditive y compris remboursement SS	400 % BR

(*) Tels que définis réglementairement

Optique et paniers de soins « 100% Santé » avec prise en charge intégrale : les remboursements incluent la prise en charge de la SS

Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement

En application de l'article D. 911-1-1 du code de la sécurité sociale, il est précisé que pour les salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle, les prestations du régime optionnel telles que mentionnées ci-dessus sont déterminées après déduction de celles garanties par le régime local.

Article 4 - Répartition de la cotisation

S'agissant du financement des garanties du régime obligatoire conventionnel de base pour le salarié dit « isolé » telles que prévues à l'article 3.1 du présent accord et à défaut d'accord collectif, d'accord référendaire ou de décision unilatérale de l'employeur en application des dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, prévoyant une répartition différente, la cotisation globale est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 50% à la charge de l'employeur ;
- 50% à la charge du salarié.

En cas de mise en place du régime obligatoire conventionnel de base par voie de décision unilatérale, d'accord collectif ou d'accord référendaire prévoyant une répartition différente, les partenaires sociaux rappellent que cette répartition ne pourrait être qu'améliorée au bénéfice du salarié.

Article 5 - Conditions de suspension et de cessation des garanties

Article 5.1 - Suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu. Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur), les garanties sont maintenues moyennant le versement par l'employeur et le salarié des cotisations correspondantes.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné, le salarié supportant dès lors le versement des cotisations correspondantes. L'employeur conserve toutefois la possibilité de continuer à verser sa part s'il le souhaite.

Le cas échéant, l'employeur maintiendra l'affiliation du salarié concerné ainsi que le versement des cotisations auprès de l'organisme assureur.

Article 5.2 - Cessation des garanties

Les garanties cessent sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties de complémentaire frais de santé (cf. article 6) et sous réserve du maintien éventuel à titre individuel des garanties, au titre de l'article 4 de la loi Evin :

- en cas de rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- en cas de liquidation normale ou anticipée de la pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire du salarié ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 6 - Portabilité des droits de complémentaire frais de santé

Les garanties de complémentaire frais de santé sont maintenues au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage, conformément aux dispositions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 6.1 - Bénéficiaires de la portabilité

Le maintien des garanties bénéficie aux anciens salariés qui justifient des conditions cumulatives suivantes :

- la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du contrat mis en place par l'entreprise,
- l'ouverture de leurs droits à couverture lorsqu'ils étaient présents dans l'entreprise avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- l'ouverture de leurs droits à une indemnisation par l'assurance chômage.

L'entreprise signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Article 6.2 - Garanties maintenues

Dans le cadre de la portabilité, l'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Les garanties maintenues suivront s'il y a lieu l'évolution des garanties des salariés actifs de l'entreprise. Par ailleurs, les prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute prestation sera notamment subordonné à la production, auprès de l'organisme assureur retenu, du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage ou toute autre modalité figurant dans la notice d'information de l'assureur.

Article 6.3 - Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Il appartient à l'entreprise de le déclarer à l'organisme assureur.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée d'exécution 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 et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

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

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximum de douze mois ;
- à la date de reprise d'une nouvelle activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations chômage pour tout autre motif ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation au titre de l'assurance chômage par Pôle Emploi (notamment en cas de retraite ou de radiation des listes de Pôle Emploi) ;
- en cas de décès du salarié.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'organisme assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation, etc.).

Les ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts au titre d'un contrat collectif souscrit par l'employeur bénéficient également du maintien des garanties et ce tant que l'ancien salarié a droit à la portabilité.

Article 6.4 - Financement de la portabilité

La portabilité des garanties est financée par un mécanisme de mutualisation avec les salariés en activité dans l'entreprise, qui ne nécessite pas de cotisation supplémentaire.

Article 7 - Commission paritaire de suivi et clause de rendez-vous

Afin d'assurer un suivi de l'application du présent accord, les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une commission paritaire de suivi des régimes de branche de prévoyance et de complémentaire frais de santé.

Cette commission est composée d'un collège « salariés » comprenant au maximum deux représentants par organisation syndicale représentative au niveau de la branche et signataire du présent accord, ainsi que d'un collège « employeurs » composé de représentants de l'organisation patronale représentative au sein de la branche et signataire du présent accord.

Les parties signataires du présent accord conviennent de se réunir au moins une fois par an dans le cadre de cette commission paritaire de suivi des régimes, afin notamment de :

- suivre la mise en œuvre du présent accord au sein des entreprises de la branche ;
- communiquer régulièrement sur le cadre légal et réglementaire applicable aux garanties instaurées par le présent accord ;
- consulter les différents acteurs sur leurs pratiques et le cas échéant, sur l'action sociale mise en œuvre au sein des entreprises du secteur ;
- proposer à la CPPNI de branche d'éventuelles évolutions de garanties en matière de prévoyance et de complémentaire frais de santé.

Article 8 - Durée, entrée en vigueur et effets

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Celui-ci entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021 pour les employeurs membres ou adhérents des organisations signataires et pour les autres entreprises, le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'arrêté portant extension de ses dispositions aura été publié au Journal officiel.

Cet accord pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

A cet égard, toute organisation signataire du présent accord peut à tout moment en demander la révision par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction. Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Par ailleurs, conformément aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du code du travail, le présent accord pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à trois mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de l'accord et de ses avenants ultérieurs.

A cet égard, toute organisation signataire ou ayant adhéré au présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (employeurs ou salariés), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Le présent accord collectif abroge et remplace l'accord de branche relatif à un régime de complémentaire frais de santé du 1^{er} avril 2015 et ses avenants du 5 décembre 2017, du 5 juillet 2018 et du 9 octobre 2020, en vigueur à la date de signature du présent accord.

Les dispositions du présent accord sont applicables de façon indifférenciée aux entreprises relevant de la branche et concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme, dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 9 - Dépôt, extension et publicité

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord collectif est notifié et déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier ainsi qu'une version sur support électronique, et remis au greffe du Conseil de Prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension auprès du Ministre chargé du travail, de l'emploi et de l'insertion.

En application de l'article L. 2231-5-1 du code du travail, le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale en ligne des accords collectifs.

Fait à Paris, le 9 octobre 2020

Pour le Conseil National des Industries et
Commerces en Gros des Vins, Cidres,
Spiritueux, Sirops, Jus de Fruits
et Boissons Diverses

Pour la FGA-CFDT
Stéphane JAMET

Michel LETTER

Pour la FGTA-FO
Pascal SAEYVOET

Brice BAVEUX

Pour la FNAF-CGT
Gaëtan MAZIN

Pour le SNCEA CFE-CGC
Jean-Luc GUILLET