

**Accord interprofessionnel**

**PME  
(Essonne)**

ACCORD DU 18 NOVEMBRE 2010

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1151495M

Entre :

Le MEDEF ;

La CGPME,

D'une part, et

L'UD CFDT ;

L'UD CFE-CGC ;

L'UD CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit (après avoir rappelé que le préambule est à rédiger par les partenaires sociaux) :

**Article 1<sup>er</sup>**

*Objet*

Le présent accord a pour objet d'instituer un régime de remboursement de frais médicaux au profit des salariés des petites et moyennes entreprises de l'Essonne entrant dans le champ d'application défini à l'article 2.

Lorsqu'une entreprise décide d'adhérer au régime, celui-ci devient obligatoire pour l'ensemble des salariés de cette entreprise.

**Article 2**

*Champ d'application*

Le présent accord s'applique à l'ensemble des petites et moyennes entreprises du département de l'Essonne (91) dont l'activité relève d'une branche professionnelle de la CGPME ou du MEDEF et ayant adhéré au présent accord dans les formes prévues aux articles L. 2261-3 et D. 2231-8 du code du travail et par ailleurs, non couvertes à la date de mise en place du présent régime par un autre régime collectif professionnel ou interprofessionnel obligatoire de remboursement de frais médicaux.

Toute entreprise qui, postérieurement à son adhésion, se trouvera comprise dans le champ d'application professionnel d'un autre régime collectif obligatoire de remboursement de frais médicaux, sera appelée à rejoindre le nouveau régime mis en place.

L'adhésion des entreprises doit être formalisée par un acte d'adhésion de l'employeur notifié aux signataires de l'accord, accompagné d'une copie du présent accord contresignée par l'entreprise. A cet effet, les partenaires sociaux signataires font élection de domicile au siège du MEDEF 91 situé à Evry (91000), 7, rue Montespan. Un modèle de notification d'adhésion est annexé au présent accord (cf. annexe I).

L'acte d'adhésion fera aussi l'objet, par l'employeur, d'un dépôt à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de l'Essonne ainsi qu'au greffe du conseil de prud'hommes d'Evry.

Avant toute adhésion, l'employeur devra, le cas échéant, informer et consulter le comité d'entreprise.

### **Article 3**

#### *Prestations*

En aucun cas, les prestations ne sauraient constituer un engagement pour les entreprises, qui ne sont tenues, à l'égard de leurs salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

### **Article 4**

#### *Cotisations*

##### 4.1. Taux, assiette, répartition des cotisations

Les cotisations mensuelles servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » se calculent en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)<sup>(1)</sup> et évoluent avec ce dernier.

Deux structures de cotisations sont proposées. La structure de cotisations retenue par chaque entreprise est mentionnée sur l'acte d'adhésion figurant en annexe I.

Option 1 : Si l'entreprise choisit la structure de cotisations « Uniforme »

Le régime de « remboursement de frais médicaux » revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés et leurs éventuels ayants droit tels que définis par le contrat d'assurance.

Les cotisations seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- part patronale : 50 % ;
- part salariale : 50 %.

Option 2 : Si l'entreprise choisit la structure de cotisations « Adulte/enfants »

Le régime de « remboursement de frais médicaux » revêt un caractère individuel et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés uniquement.

Les cotisations seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

- part patronale : 50 % ;
- part salariale : 50 %.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de faire bénéficier à leurs ayants droit tels que définis au contrat d'assurance de l'ensemble des garanties au titre du régime institué.

---

(1) Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2010, à 2 885 €.

Les cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative des ayants droit ainsi que leurs évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié. Elles viennent s'ajouter aux cotisations salariales, destinées au financement de la couverture obligatoire des salariés.

### Suspension du contrat de travail

Le régime de « remboursement de frais médicaux » ainsi que l'engagement de l'entreprise à l'égard de ses salariés (part patronale) sont maintenus au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, partiel ou total de l'employeur ou des indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisations.

### 4.2. Caractère obligatoire du régime

Le régime devient obligatoire pour toute entreprise ayant manifesté son adhésion au présent accord. Le régime s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au paiement de leur quote-part de cotisations.

Des dérogations au caractère obligatoire du régime sont possibles. Chaque entreprise adhérente peut retenir une ou plusieurs dispenses d'affiliation, voire toutes, parmi celles figurant en annexe II.

## Article 5

### *Contrat d'assurance*

Le contrat d'assurance se matérialise pour chaque entreprise par la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat collectif auprès d'un organisme d'assurance habilité.

En application de la clause de recommandation stipulée à l'article 8, les partenaires sociaux <sup>(1)</sup> concluront et signeront un contrat d'assurance « cadre » avec l'organisme d'assurance recommandé, chaque entreprise adhérent au dit contrat par le biais d'un bulletin d'adhésion.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité est mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 242-1, alinéas 6 et 8, du code de la sécurité sociale, et 83, 1° *quater*, et 995, 16° <sup>(2)</sup>, du code général des impôts.

## Article 6

### *Mutualisation*

Les partenaires sociaux décident que les résultats techniques du régime assuré par l'organisme recommandé à l'article 8 seront mutualisés. Cette mutualisation sera organisée dans le contrat « cadre » visé à l'article 5.

L'organisme recommandé présentera un rapport annuel global sur les comptes à la commission mentionnée à l'article 7. Le rapport annuel respectera les termes de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin et son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990.

---

(1) Les partenaires sociaux peuvent aussi décider de déléguer la signature du contrat d'assurance « cadre » à l'association DialogueEssonne (association loi 1901 regroupant les organisations patronales et salariales) représentée par son président.

(2) Le projet de loi de finances pour 2011 prévoit la suppression de cet article et son remplacement par l'article 1101, 2° *bis*, du code général des impôts.

## Article 7

### *Commission paritaire* <sup>(1)</sup>

Les partenaires sociaux signataires du présent accord confient le suivi du régime à la commission paritaire. Cette commission est composée d'un représentant par organisation syndicale de salariés et un nombre égal de représentants pour la partie patronale.

La commission se réunit au moins une fois par an avec l'organisme assureur recommandé pour évaluer les résultats obtenus, l'évolution de la sinistralité, l'égalité de traitement et la qualité du service rendu.

L'organisme assureur recommandé s'engage à communiquer tous les éléments nécessaires à la bonne appréciation de la situation. En cas de difficultés d'application, la commission se réunit à l'initiative de la partie la plus diligente afin d'examiner les aménagements à apporter. Toute modification de taux fera l'objet d'une négociation entre les parties.

## Article 8

### *Organisme assureur*

Chaque entreprise est libre de choisir un organisme d'assurance habilité.

Les partenaires sociaux recommandent MACIF-Mutualité, Carré Haussmann, 22-28, rue Joubert, 75435 Paris Cedex 9, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité. A cet effet, une proposition de couverture est présentée en annexe III.

## Article 9

### *Durée*

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée <sup>(2)</sup>. Il prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 et cessera au 31 décembre 2013.

Il se renouvellera, par la suite, par tacite reconduction pour une durée de 3 ans, sauf volonté contraire des partenaires sociaux, notifiée au plus tard le 31 octobre minuit avant l'échéance.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant l'échéance du terme, de modifier la présente convention, conformément à la procédure prévue aux articles L. 2222-5 et L. 2261-7 et suivants du code du travail.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord qu'il modifiera.

## Article 10

### *Dépôt et publicité*

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent accord sera déposé en deux exemplaires, dont un sur support papier signé des parties et une version sur support électronique auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de l'Essonne et un exemplaire au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes d'Evry.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait à Evry, le 18 novembre 2010.

---

(1) Si la commission n'est pas encore créée, elle peut l'être dans les 3 à 6 mois suivant la signature du présent accord.

(2) L'accord peut être aussi stipulé à durée indéterminée.

(Suivent les signatures.)

Proposition de préambule (page 44 de l'accord collectif)

A l'initiative des partenaires sociaux de l'Essonne, mise en place d'une complémentaire santé avec participation de l'employeur, par un accord collectif interprofessionnel territorial, à destination des salariés des PME et TPE du département.

## ANNEXE I

### MODÈLE D'ACTE D'ADHÉSION

#### **Adhésion à un accord collectif de niveau supérieur**

Articles L. 2261-3 et D. 2231-8 du code du travail

Lettre recommandée avec avis de réception à l'attention de Mesdames et Messieurs les partenaires sociaux, signataires le 18 novembre 2010 de l'accord collectif interprofessionnel départemental instituant un régime de garanties collectives de remboursement des frais médicaux au profit des salariés des petites et moyennes entreprises de l'Essonne.

Lettre recommandée avec avis de réception à adresser avec la copie de l'accord collectif contre-signé.

Entreprise adhérente

Dénomination sociale :

Forme juridique :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de Siret :

Code NAF :

Représentée par :

En qualité de :

Adhésion (le cas échéant, après information et consultation du comité d'entreprise)

L'entreprise déclare adhérer, en application des dispositions des articles L. 2261-3 et D. 2231-8 du code du travail, à la totalité des dispositions de l'accord paritaire du 18 novembre 2010, signé par le MEDEF 91 et la CGPME de l'Essonne et les unions départementales des organisations syndicales représentatives des salariés CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, FO, instituant un régime de garanties collectives de remboursement de frais médicaux.

La structure de cotisation retenue est la suivante :

Le cas échéant, les dispenses d'affiliation retenues par l'entreprise sont les suivantes :

Dès confirmation de la réception (AR) de la présente adhésion, l'entreprise déposera à la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de l'Essonne et au greffe du conseil de prud'hommes d'Evry :

- la confirmation susmentionnée ;
- une copie de la présente lettre d'adhésion ;
- une copie de l'accord collectif contresigné par l'entreprise adhérente.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs les partenaires sociaux, nos sincères salutations.

Nom, prénom :

Qualité du signataire :

Signature et tampon.

## ANNEXE II

### LISTE DES DISPENSES D’AFFILIATION POSSIBLES AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

---

Chaque entreprise adhérente au régime de remboursement des frais médicaux peut retenir une ou plusieurs dispenses d’affiliation, voire toutes, parmi celles venant ci-après. Les salariés concernés ont alors la possibilité de refuser la proposition d’adhésion que leur soumet la société.

Les intéressés sont :

- les salariés bénéficiaires de l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé prévue à l’article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ainsi que les salariés déjà couverts au jour de la mise en place du régime par une assurance individuelle complémentaire santé. La dispense d’affiliation dure jusqu’à la prochaine échéance du contrat individuel ;
- les salariés à temps très partiel et les apprentis lorsque la part salariale de la cotisation est au moins égale à 10 % de leur rémunération ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs saisonniers : ceux sous contrat d’au moins 12 mois devront justifier d’une couverture complémentaire santé souscrite auprès d’un autre organisme, les autres seront dispensés sans avoir à produire de justificatif ;
- les salariés bénéficiant d’une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d’un autre emploi (salariés à employeurs multiples) et qui en justifient annuellement, auprès de la direction, par la production d’une attestation d’affiliation ;
- les salariés qui bénéficient déjà, au jour de la mise en place du présent régime, d’un régime de remboursement des frais de santé obligatoire, et qui en justifient annuellement, auprès de la direction, par la production d’une attestation d’affiliation ;
- les salariés dont le conjoint travaille dans l’entreprise : l’un d’eux sera affilié au régime, l’autre pourra l’être en qualité d’ayant droit.

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

Chaque entreprise devra préciser les éventuelles dispenses d’affiliation retenues sur l’acte d’adhésion figurant en annexe I.

ANNEXE III  
PROPOSITION MACIF-MUTUALITÉ

**Montant des prestations**

Les prestations s'entendent remboursement du régime obligatoire inclus, dans le respect du parcours de soins coordonnés, et dans la limite des dépenses engagées.

	ESSENTIELLE	CONFORT	ÉTENDUE
Hospitalisation*			
Frais de séjour ** Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	40 € par jour	50 € par jour	70 € par jour
Frais d'accompagnant	15 € par jour	20 € par jour	40 € par jour
Honoraires chirurgicaux établissement conventionné ou non	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Maternité	Prise en charge aux mêmes niveaux que les frais d'hospitalisation		
* L'hospitalisation est limitée à 30 jours par année civile pour les séjours psychiatriques. ** Les frais de séjour en établissement non conventionné sont limités à 400 % BR.			
Frais médicaux courants			
Consultations et visites de généralistes et spécialistes	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux			
Examens médicaux (analyses, radiologie, imagerie médicale)			
Actes de chirurgie et de spécialités			
Ostéopathe	20 € la séance limitée à 2 par an	30 € la séance limitée à 2 par an	35 € la séance limitée à 4 par an
Frais de transport pris en charge par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 35 % et 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccin antigrippe	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Pilule contraceptive prescrite, non remboursée (par an)	20 €	30 €	60 €
Optique*			
Verre uni focal adulte	50 €	60 €	90 €
Verre multifocal adulte	90 €	120 €	160 €
Verre enfant	30 €	40 €	55 €
Monture adulte	90 €	120 €	165 €
Monture enfant	40 €	55 €	90 €
Lentilles acceptées ou refusées (par an)	100 €	125 €	140 €



	ESSENTIELLE	CONFORT	ÉTENDUE
Chirurgie réfractive (par œil)	200 €	300 €	400 €
* Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 par an pour les adultes et 2 par an pour les enfants et n'intègre pas le remboursement du régime obligatoire.			
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires, soins conservateurs et chirurgicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses remboursées	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses non remboursées (par an)	250 €	350 €	500 €
Orthodontie remboursée	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Implants (par an)	250 €	350 €	500 €
Parodontie, endodontie (par an)	150 €	200 €	250 €
<b>Appareillage et autres frais</b>			
Prothèses (auditives, orthopédiques, capillaires et mammaires suite à cancer et chimiothérapie)	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Cures thermales	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 400 €
Actes de prévention visés par l'arrêté du 8 juin 2006 (contrat responsable)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Abréviations utilisées : BR = base de remboursement. FR = frais réels.			

### Cotisations

	ESSENTIELLE	CONFORT	ÉTENDUE
Uniforme	3,23 % du PMSS	4,20 % du PMSS	5,32 % du PMSS
Adulte	1,47 % du PMSS	1,91 % du PMSS	2,42 % du PMSS
Enfant	0,73 % du PMSS	0,95 % du PMSS	1,21 % du PMSS