

Brochure n° 3150

Convention collective nationale

IDCC : 2162. – PROFESSIONS DE LA PHOTOGRAPHIE

ACCORD DU 5 SEPTEMBRE 2012

RELATIF À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1251306M

IDCC : 2162

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux, constatant la diversité des situations existantes dans la branche s'agissant des couvertures complémentaires de frais de santé des salariés, entendent mettre en place un régime collectif obligatoire de remboursement de frais médicaux.

C'est dans cet esprit qu'ils se sont réunis, le 5 septembre 2012, et ont décidé de créer un régime complémentaire « frais de santé » afin de renforcer la couverture prévoyance des salariés relevant des accords collectifs de la photographie.

La finalité poursuivie consiste à faire bénéficier l'ensemble du personnel d'un régime de bon niveau, à un coût optimisé, tout en organisant une solidarité intergénérationnelle entre salariés actifs et anciens salariés de la branche.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un dispositif pérenne et responsable, qui a vocation à présenter des résultats équilibrés, avec des modalités permettant aux partenaires sociaux d'en assurer le pilotage rigoureux.

Dans ce cadre, l'accord a pour objectifs :

- d'harmoniser les garanties de l'ensemble des salariés de la branche avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier du régime ;
- de renforcer la solidarité entre les salariés dans le cadre d'un régime mutualisé, tout en tenant compte des situations individuelles ;
- de permettre la prise en compte de la situation des salariés.

En outre, la mise en place d'un tel régime participe d'une politique de recrutement et de fidélisation des salariés, et contribue à favoriser la mobilité dans la branche par l'harmonisation des garanties offertes.

Les signataires ont donc décidé, afin d'assurer une couverture minimum identique à l'ensemble du personnel, de la mise en place d'un régime de santé obligatoire au niveau de la branche, instaurant ainsi une mutualisation des garanties sous contrôle de la commission paritaire de suivi.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent régime s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 2 de la convention collective nationale du 31 mars 2000 « Photographie professionnelle ».

Article 2

Adhésion obligatoire de l'employeur au régime complémentaire frais de santé

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord adhèrent de façon obligatoire au régime complémentaire « frais de santé » mutualisé.

A cette fin, les entreprises recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Article 3

Affiliation obligatoire du salarié

Tout salarié relevant d'une structure entrant dans le champ d'application du présent accord sera inscrit de façon obligatoire au présent régime.

Les salariés bénéficiaires du présent régime ont droit à un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale pour les actes indiqués au tableau annexé au présent accord.

Les salariés qui peuvent justifier des cas dérogatoires cités à l'article suivant peuvent, à leur demande, ne pas bénéficier du présent régime.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du régime.

Tant qu'il est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le régime de branche.

Article 4

Cas dérogatoires

Toutefois, conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être dispensés, à leur demande, du bénéfice des garanties du présent régime, quelle que soit leur date d'embauche, les salariés qui se trouvent dans l'un des cas suivants :

- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 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 ;
- salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (couverture maladie universelle complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 de ce même code et des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel (une attestation d'assurance mentionnant l'échéance du contrat est à fournir par les salariés concernés) ;
- à condition de le justifier chaque année, salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire (remplissant les conditions mentionnées au 6^e alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;

- régime de prévoyance de la fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- régime de prévoyance de la fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994.

Les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent en aucun cas être imposées par l'employeur.

L'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'affiliation à la garantie frais de santé. Les salariés remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par un écrit stipulant leur refus d'affiliation et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l'employeur qui en conservera la trace.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés ainsi que les justificatifs.

Ces salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur affiliation à la garantie frais de santé. Dans ce cas, leur affiliation prend effet immédiatement. Cette affiliation est alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser et de s'affilier à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En outre, aucun autre cas dérogatoire ne peut être accordé.

Article 5

Extension facultative de la garantie frais de santé aux ayants droit du salarié

Les salariés peuvent opter facultativement pour l'extension des garanties à leurs ayants droit. Les cotisations afférentes à cette extension sont entièrement à la charge du salarié. Les cotisations ainsi que les conditions et modalités de mise en œuvre de cette couverture sont déterminées dans le contrat d'assurance.

Article 6

Caractère responsable du contrat

Les partenaires sociaux s'engagent à ce que le contrat de l'organisme assureur désigné respecte les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable et notamment les dispositions concernant :

- la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004, ayant posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France (notamment l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale) ;
- les décrets des 29 septembre 2005 et 1^{er} août 2007 ;
- l'arrêté du 8 juin 2006, fixant les actes de prévention qualifiants pour le contrat responsable ;
- le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012.

Les partenaires sociaux veilleront sans délai à faire évoluer le contrat de l'organisme assureur désigné en cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires relatives au contrat responsable.

A ce titre :

Le contrat prend en charge au moins (conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale) :

a) 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ou du médecin consulté dans le cadre du parcours de soins ;

b) 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté dans le cadre du parcours de soins (ne bénéficient pas de cette prise en charge minimale systématique les spécialités homéopathiques, les médicaments destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et les médicaments dont le service médical rendu n'a pas été classé comme majeur ou important) ;

c) 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté dans le cadre du parcours de soins ;

d) Le ticket modérateur pour les actes de prévention « détartrage » et « vaccins » visés par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, aux conditions fixées par cet arrêté ;

e) Les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions du décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 : actes techniques réalisés par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011, dans sa rédaction issue de l'arrêté du 21 mars 2012 pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux points *a* à *c* ci-dessus sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Le contrat ne prend pas en charge :

- conformément à l'article R. 871.1 du code de la sécurité sociale : la majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale devenu L. 1111-14 du code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel quand il sera instauré) ;
- conformément à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale : les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant (et hors protocole de soins), et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;
- la participation forfaitaire définie à l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale ;
- les franchises médicales définies à l'article L. 322-2-III du code de la sécurité sociale.

Article 7

Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation maladie, accidents du travail-maladies professionnelles et maternité ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe au présent accord.

Les garanties « maternité » prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la sécurité sociale au titre du risque maternité.

L'organisme assureur verse, en cas de naissance d'un enfant du salarié (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du salarié est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Article 8

Limites des garanties. – Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

– les frais de soins :

– engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;

– déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;

– engagés hors de France. Si la caisse de sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisé par la sécurité sociale et selon les garanties prévues par le régime ;

– non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;

– ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties ;

– au titre de la législation sur les pensions militaires ;

– au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;

– qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;

– au titre de la garantie parodontologie, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale ;

– les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;

– la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;

– les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant ⁽¹⁾ du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de sécurité sociale, les règlements éventuels seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

(1) Montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du salarié. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Article 9

Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du salarié, après intervention du régime de base de la sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Article 10

Financement du régime

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime.

Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge 50 % de l'employeur et 50 % du salarié.

Par dérogation à la répartition de la cotisation définie ci-dessus, les employeurs pourront prendre en charge l'intégralité de la cotisation due par les salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Taux de cotisation mensuel et forfaitaire
pour le régime prestations en nature frais de santé

RÉGIME DE BASE CONVENTIONNEL	SALARIÉ relevant du régime général de la sécurité sociale	SALARIÉ relevant du régime local Alsace-Moselle
Adhésion obligatoire	1,08 % PMSS	0,72 % PMSS

La cotisation étant exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, celle-ci augmentera chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

Les cotisations dues par les salariés sont prélevées mensuellement par l'employeur sur le bulletin de salaire.

Les cotisations du régime obligatoire sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 15 dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Le maintien des taux sera conservé durant un délai de 3 ans à compter de la date d'effet du présent accord, sous réserve que pendant cette période des modifications de lois ou de règlements servant de base aux prestations garanties ne remettent pas en cause l'équilibre technique du présent régime.

A compter du 1^{er} janvier 2016, le 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera indexée au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction notamment de l'évolution de la législation et des résultats du régime.

L'organisme assureur procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 11

Prestations

Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations après réception des décomptes originaux des prestations en nature ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant, sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le protocole d'accord de gestion administrative signé entre les signataires du présent accord et l'organisme assureur désigné pour la gestion du présent régime ainsi que dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques, dentaires ou d'autres professions bénéficiant d'un accord de tiers payant.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise s'engage à demander la restitution de la carte santé auprès du salarié, si elle est en cours de validité, dans le délai de 15 jours suivant la date de départ du salarié de l'entreprise.

Prescription

Toutes actions dérivant du présent régime sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 12

Maintien de la complémentaire frais de santé et suspensions du contrat de travail de l'assuré

a) Le droit à garanties est ouvert pour tout événement survenant pendant la durée du contrat de travail.

Cependant, le droit à garanties est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

La garantie reprend effet dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Toutefois, le régime et les cotisations salariales et patronales seront maintenues dans les mêmes conditions que celles des salariés en activité si la suspension du contrat de travail du salarié est due à :

- un arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité ;
- un arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- l'exercice du droit de grève ;
- un congé non rémunéré qui n'excède pas un mois consécutif.

Et en tout état de cause, les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'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.

b) Dans les cas où il y a suspension du droit à garanties, le salarié peut demander à titre individuel auprès de l'organisme assureur à continuer de bénéficier du régime complémentaire « frais de santé » pendant la durée de ce congé. Ce dispositif n'est pas mutualisé avec le régime conventionnel obligatoire.

L'employeur doit informer le salarié par écrit de la possibilité de maintenir l'assurance lors de son départ en congé.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité.

Celle-ci est à la charge exclusive du salarié. Celui-ci doit verser directement sa cotisation à l'organisme assureur.

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation au régime facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation au régime facultatif due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues en cas de cessation des garanties.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire « frais de santé », le droit à garanties reprend dès la reprise de travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Article 13

Portabilité des droits

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, modifié par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009.

En cas de cessation du dernier contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié bénéficie du maintien des garanties exposées dans le présent article.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, dont la date est égale ou postérieure à la date de prise d'effet du présent accord, sauf poursuite des droits à portabilité ouverts chez un assureur précédent.

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf les stipulations particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par la convention collective ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque le salarié renonce au maintien de ses droits, cette renonciation est définitive et concerne automatiquement l'ensemble des garanties collectives dont il bénéficiait dans l'entreprise. Il doit le notifier expressément par écrit à son ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties prend effet le lendemain de la date de fin du contrat de travail, sous réserve d'avoir été régulièrement déclaré par l'entreprise auprès de l'organisme assureur désigné.

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

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

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend un autre emploi ;
- dès qu'il ne peut plus justifier auprès de l'employeur de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale en cas de décès.

La suspension des allocations du régime obligatoire 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.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité du présent régime obligatoire est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies à l'article 10.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 14

Suivi du régime complémentaire frais de santé

Le régime complémentaire frais de santé est administré par la commission paritaire de suivi.

L'organisme assureur communique chaque année les documents, les rapports financiers, les analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission paritaire de suivi, pour le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice au plus tard, ainsi que les informations et documents complémentaires qui pourraient s'avérer nécessaires.

Un rapport intermédiaire avant la réunion annuelle de présentation des comptes sera communiqué à la commission paritaire de suivi au 1^{er} octobre de chaque année.

Article 15

Désignation de l'organisme assureur

L'organisme assureur désigné pour assurer la couverture des frais de santé est AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle prudentiel, sise 37, boulevard Brune, 75014 Paris, membre du GIE AG2R.

Article 16

Révision des conditions de mutualisation et de désignation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen des conditions de mutualisation des garanties du présent régime dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

A cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au moins 9 mois à l'avance, au regard de la date d'échéance, pour étudier le rapport spécial des organismes désignés sur les comptes de résultat de la période écoulée et sur les perspectives d'évolution du régime.

A l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans l'organisation de la mutualisation d'évolution du régime.

Article 17

Clause de sauvegarde

Toutes les entreprises relevant de la branche professionnelle doivent rejoindre le régime complémentaire frais de santé mutualisé auprès d'AG2R Prévoyance à la date d'effet de l'accord.

Les structures qui avaient déjà mis en place un régime frais de santé par voie d'accord collectif, et disposaient déjà de contrats d'assurance souscrits antérieurement à la date de signature du présent accord, ne sont pas tenues d'adhérer auprès de l'organisme assureur désigné à condition que leur régime :

- offre aux salariés concernés des garanties strictement supérieures, ligne de garantie par ligne de garantie définie au tableau annexé au présent accord, à celles prévues par le présent régime ;

- et prévoit une contribution salariale dont le montant est au plus égal à celui prévu dans le présent régime.

Les entreprises concernées qui désirent néanmoins rejoindre le régime conventionnel pour bénéficiaire de la mutualisation peuvent demander leur adhésion auprès d'AG2R Prévoyance.

Les entreprises concernées auront l'obligation de rejoindre le présent régime de complémentaire santé mutualisé de la branche professionnelle :

- en cas de remise en cause ou de modification de leur régime frais de santé d'entreprise aboutissant à ne plus respecter les conditions définies ci-dessus ;
- ou en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit avant la date de signature du présent accord, quel que soit le niveau de garanties.

Article 18

Cessation des garanties. – Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité (art. 13 du présent régime), le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « loi Evin »), une garantie frais de santé est proposée sans condition de période probatoire ni d'exams ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente 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 intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme désigné dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Les anciens salariés visés par l'article 13 du présent accord, dont la durée de portabilité est inférieure à 6 mois, disposent de 6 mois à compter de la cessation du contrat de travail pour demander à bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin. La garantie prendra effet au plus tôt à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Dans l'attente de la révision de l'article 4 de la loi Evin demandée par les signataires de l'ANI du 11 janvier 2008, les anciens salariés visés par le dispositif de portabilité visé à l'article 13 du présent accord, dont la durée de portabilité est supérieure à 6 mois, disposent de leur période de portabilité pour demander à bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin. La garantie prendra effet à l'issue de la période prise en charge au titre du dispositif de portabilité.

Les tarifs applicables pour les garanties visées par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Article 19

Effet

Le présent accord prendra effet le premier jour du mois qui suit son extension.

Article 20

Durée. – Révision. – Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Les partenaires sociaux conviennent d'en demander l'extension. Il fait l'objet des formalités suivantes :

- le délai de 15 jours pour l'éventuelle opposition prévue par la loi. A cette fin, il est communiqué à tous les syndicats dès sa signature ;
- le dépôt au ministère du travail et au conseil des prud'hommes de Paris.

Le présent accord pourra être révisé sur demande écrite de l'un ou l'autre des signataires qui en indiquera les raisons et formulera une proposition de texte. L'examen de cette proposition devra se terminer dans les 6 mois suivant la réception de cette proposition. A défaut d'accord dans ce délai, la demande de révision deviendra caduque.

Le présent accord pourra être dénoncé par l'un ou l'autre des signataires dans les conditions définies par la loi.

Article 21

Extension. – Publicité

Le présent accord est édité en 10 exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail.

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 5 septembre 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CFP.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT.

ANNEXE

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale

POSTES	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité		
Frais de séjour	150 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires ⁽²⁾	150 % de la BR	
Chambre particulière	70 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur	
Frais d'accompagnement (enfant à charge < 16 ans sur présentation d'un justificatif) (*)	40 € par jour	
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Généralistes et spécialistes (consultations et visites)	150 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO) ⁽²⁾	150 % de la BR	
Actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI) ⁽²⁾	150 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Analyses	100 % de la BR	
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale)		
Pharmacie	100 % de la BR	
Pharmacie (non remboursée par la sécurité sociale)		
Contraception féminine : pilules, anneaux et patches contraceptifs non remboursés	Crédit de 50 € par année civile	
Vie sans tabac, sevrage tabagique	Crédit de 75 € par année civile	
Dentaire (remboursée par la sécurité sociale)		
Soins dentaires	100 % de la BR	
Inlay simple, onlay	100 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavettes	300 % de la BR	
Prothèses remboursables par la sécurité sociale	300 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	300 % de la BR	

POSTES	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Dentaire (non remboursée par la sécurité sociale)		
Prothèses non remboursées par la sécurité sociale	Crédit de 100 € par année civile	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	Crédit de 200 € par année civile	
Parodontologie hors nomenclature	Crédit de 100 € par année civile	
Prothèses non dentaires (remboursées par la sécurité sociale)		
Prothèses auditives	100 % de la BR + 500 € limité à 1 acte par année civile	
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par la sécurité sociale	125 % BR + crédit de 150 € par année civile	
Prothèses externes liées au traitement du cancer (capillaire et mammaire)	400 € limitée à un acte par année civile	
Achat fauteuil pour handicapés physiques	750 € limité à un acte par année civile	
Optique		
Monture adulte	Crédit de 70 € par année civile	
Monture enfant	Crédit de 50 € par année civile	
Verres adulte unifocaux simples (*)	50 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Verres adulte unifocaux complexes (**)	80 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Verres adulte multifocaux simples (***)	110 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Verres adulte multifocaux complexes (****)	150 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Verres enfant unifocaux simples (*)	40 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Verres enfant unifocaux complexes (**)	55 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Verres enfant multifocaux tous types	75 € par verre limité à 2 verres par année civile	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale (la paire)	Crédit de 100 € par année civile	
Chirurgie réfractive	Crédit de 200 € par œil et par année civile	
Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)		
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR	
Frais de voyage et hébergement	300 € limité à une intervention par année civile	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré	200 €	

POSTES	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾	
	Conventionné	Non conventionné
Actes de prévention		
Actes de prévention pris en charge dans le cadre du décret n° 2005-1226 : – détartrage annuel complet (SC12) – vaccin antigrippe saisonnière non remboursé – vaccination DTP et rubéole	100 % de la BR	
Actes hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, et psychomotricien pour les enfants (par personne)	20 € par séance, limité à 4 séances par année civile	
Vaccin antigrippal	100 % des frais réels	
Autres vaccins	Crédit de 20 € par année civile	
BR : base de remboursement. SS : remboursement sécurité sociale. (1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail-maladie professionnelle, et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés. (2) Y compris la prise en charge des dépassements d'honoraires conformément aux dispositions du décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 : actes techniques réalisés par les médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011, dans sa rédaction issue de l'arrêté du 21 mars 2012 pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. (*) Unifocaux simples : LPP 2203240, 2287916, 2261874, 2242457, 2259966, 2226412, 2200393, 2270413, 2290396, 2291183, 2259245, 2264045, 2227038, 2299180, 2240671, 2282221. (**) Unifocaux complexes : LPP 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2235776, 2295896, 2273854, 2248320, 2284527, 2254868, 2283953, 2219381, 2212976, 2252668, 2238941, 2268385, 2288519, 2299523, 2245036, 2206800. (***) Multifocaux simples : LPP 2290396, 2291183, 2259245, 2264045, 2227038, 2299180, 2240671, 2282221. (****) Multifocaux complexes : LPP 2245384, 2295198, 2238792, 2202452, 2202239, 2252042, 2234239, 2259660.		