

Brochure n° 3078

**Conventions collectives nationales**

**CABINETS D'AVOCATS**

IDCC : 1000. – **Personnel salarié**

IDCC : 1850. – **Avocats salariés**

---

AVENANT N° 110 DU 15 MARS 2013

RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1350713M

IDCC : 1000

---

**PRÉAMBULE**

Les organisations professionnelles parties à la convention collective nationale de travail étendue réglant les rapports entre les avocats et leur personnel conclue le 20 février 1979 (ci-après dénommée « la convention collective nationale de branche ») ont déjà mis en place un régime de protection sociale complémentaire très ambitieux. Il est concrétisé par une garantie de retraite supplémentaire au-delà de la retraite complémentaire obligatoire, par une garantie prévoyance (décès, incapacité temporaire de travail, invalidité), par une garantie indemnité de fin de carrière prenant en compte l'ancienneté dans la profession, par une garantie dépendance.

Leur intention est de compléter, par le présent avenant à la convention collective nationale de branche, ce dispositif en mettant en place une garantie remboursement de frais de santé concernant les dépenses intéressant les salariés mais également leurs ayants droit.

Conformément à ce qui vaut pour les garanties déjà mises en place, les organisations entendent ne pas limiter leur ambition à seulement construire un système de frais de santé, élément de rémunération différée individualisable, mais aussi à bâtir un véritable régime fondé sur un objectif de solidarité se déclinant, outre une cotisation identique quel que soit le risque propre à la population d'un cabinet et à la situation personnelle de chaque salarié, par des droits non contributifs, une action sociale, une politique de prévention permettant à la fois d'améliorer les taux de fréquence et de gravité des sinistres et de contribuer à un droit fondamental à l'intégrité physique et psychique des travailleurs.

A cet effet, et parce que ces droits autres que des prestations contrepartie d'une cotisation individualisable nécessitent une mutualisation des contributions, est rendue obligatoire l'adhésion de tous les cabinets d'avocats à un même organisme d'assurance, ceci en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. Le choix des organisations parties à la convention collective nationale de la branche s'est porté naturellement sur la CREPA, institution de prévoyance régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale, ceci pour deux sortes de raisons objectives convergentes, d'une part, la CREPA est une institution professionnelle dont ne peuvent être adhérents que les cabinets d'avocats et participants leurs salariés ou anciens salariés ; les adhérents et participants sont représentés par des administrateurs désignés par les organisations syndicales de

la branche ; on est donc sur le terrain de la gestion paritaire par les employeurs et leurs salariés ; l'institution confère indirectement, étant elle-même une personne morale, une réelle consistance juridique à la communauté professionnelle nationale de travail et, d'autre part, le groupe CREPA gère l'ensemble des garanties sociales en vigueur dans la profession d'avocat qu'il s'agisse d'un côté de la retraite complémentaire ARRCO et d'un régime de retraite supplémentaire, d'un autre côté de la prévoyance lourde, de la dépendance, des indemnités de fin de carrière. Il y a dès lors une raison sérieuse à ce que la garantie santé soit aussi gérée par la CREPA, car cela facilite la gestion des contraintes administratives des cabinets et l'accès des salariés à l'organisme en même temps que la mise en œuvre de l'objectif de solidarité grâce à l'interdépendance des garanties.

C'est au vu de ces objectifs en considération de la taille généralement modeste des cabinets d'avocats, en termes notamment d'effectifs salariés entrant dans le champ de la convention collective que les parties à celle-ci ont convenu le présent avenant qui la révisé en la complétant.

## I. – Mise en œuvre du régime

### I.1. Bénéficiaires du régime « Frais de santé »

Sont bénéficiaires du régime « Frais de santé » obligatoire tous les salariés, appelés participants, visés à l'article 1<sup>er</sup> de la convention collective nationale de branche justifiant d'une ancienneté continue de 3 mois dans le cabinet employeur, appelé adhérent, à l'exception des salariés qui étaient déjà couverts par le régime chez leur précédent employeur.

Ainsi, on entend par bénéficiaires tous les salariés inscrits à l'effectif du cabinet ayant plus de 3 mois d'ancienneté :

- sans distinction du fait qu'ils travaillent à temps plein ou à temps partiel ;
- y compris ceux atteints d'une pathologie ou en arrêt maladie avant la date d'effet de l'avenant.

Pour tous les participants du régime ci-dessus définis, la part salariale des cotisations est obligatoire et précomptée sur le bulletin de paie.

### I.2. Dispense d'affiliation des salariés au régime « Frais de santé »

Certains salariés peuvent être dispensés d'affiliation s'ils le souhaitent, dans les cas limitatifs suivants :

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés ayant plusieurs employeurs au sein de la branche sont affiliés au titre de leur contrat de travail le plus ancien en cours et sont dispensés au titre des emplois suivants.

Lors de l'embauche, les salariés seront informés de ce droit et des conséquences de leur non-affiliation éventuelle ; ils devront formuler leur demande par écrit lors de leur prise de fonction en accompagnant celle-ci de tous les justificatifs nécessaires (lors de leur embauche et ensuite chaque année).

Leur affiliation au présent régime redeviendra immédiatement obligatoire, en cas de modification des dispositions réglementaires ou conventionnelles entraînant la remise en cause de ces dispenses.

En tout état de cause, le salarié peut à tout moment demander à être affilié pour l'avenir. L'affiliation sera irrévocable et définitive, pour toute la durée de son contrat de travail.

### I.3. Maintien du régime en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, y compris lorsqu'il l'est déjà à la date d'entrée en vigueur du présent régime, et ce dans les situations et conditions suivantes :

- lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit soit à maintien (total ou partiel) de salaire par le cabinet, soit à indemnités journalières complémentaires (résultant du

régime de prévoyance), le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties. Sa quote-part de cotisation continue d'être précomptée sur la rémunération ou l'indemnité, la quote-part du cabinet étant également maintenue ;

- lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non professionnelle ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance institué par la convention collective nationale de branche, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties pendant la durée de la suspension du contrat. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due et est précomptée sur sa pension d'invalidité.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou à indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension de l'obligation de cotiser, donc de l'accès aux prestations.

Toutefois, le salarié peut continuer à bénéficier du régime, sous réserve du versement des cotisations. A cet effet, il peut demander à l'institution désignée le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, la cotisation totale étant alors à sa charge.

#### I.4. Ayants droit bénéficiaires des prestations du régime « Frais de santé »

Sont ayants droit au sens du présent avenant :

- les ayants droit à charge du salarié au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
- les enfants du participant et/ou de son conjoint, concubin, partenaire du Pacs, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20<sup>e</sup> anniversaire,
  - ou jusqu'au 28<sup>e</sup> anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, à contrat de travail à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
  - ou en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime de base d'assurance maladie.

#### I.5. Cessation de l'affiliation obligatoire des salariés et ayants droit

a) L'affiliation du bénéficiaire et de ses ayants droit et le droit aux garanties cessent de produire effets :

- à l'occasion de la rupture de son contrat de travail, sous réserve des dispositions visées au *b* ci-après ;
- en cas de décès, sous réserve des dispositions visées au *c* ci-après ;
- et, en tout état de cause, à la date de cessation d'effet du présent avenant à la suite d'une dénonciation totale ou partielle de la convention collective.

b) Conditions du maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail

En cas de rupture de son contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, tout participant bénéficie du maintien de la garantie remboursement des frais de santé sans contrepartie de cotisation.

Ce maintien prend effet le lendemain de la rupture effective du contrat de travail. Ce maintien est limité à la durée correspondant à celle du dernier contrat de travail (appréciée en mois entiers), dans la limite de 12 mois. Il cesse à la date de reprise d'un autre emploi ou d'arrêt de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Pour l'application de cette mesure, le participant communique à l'organisme assureur désigné les justificatifs de début et de fin d'indemnisation par l'assurance chômage.

A l'issue de cette période, le participant peut demander à l'organisme assureur désigné dans un délai de 6 mois le maintien de la garantie en vigueur à cette date. L'organisme assureur désigné met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation, entièrement à la charge de l'intéressé, sans

qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

L'ancien salarié titulaire d'une pension d'incapacité ou d'invalidité, participant du régime au jour de la rupture de son contrat de travail, peut demander à l'organisme assureur désigné dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail le maintien de la garantie en vigueur à cette date. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due, entièrement à la charge de l'intéressé.

L'ancien salarié titulaire d'une pension de retraite, participant du régime au jour de la rupture définitive de son contrat de travail, peut demander à l'organisme assureur désigné dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail le maintien de la garantie en vigueur à cette date. L'institution désignée met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation, entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

c) Les ayants droit bénéficiaires des garanties du présent régime au jour du décès d'un participant actif continuent d'en bénéficier pendant une durée de 12 mois sans contrepartie de cotisation.

## I.6. Cotisation

### a) Montant

Le montant de la cotisation due au titre du régime « Frais de santé » est égal à 2,80 % du PASS.

Le versement de la totalité de la cotisation à l'organisme assureur désigné incombe à l'employeur et doit intervenir dans les conditions, notamment de délai, prévues par les statuts et règlements de l'organisme assureur désigné. En cas de retard de paiement, des majorations de retard sont appliquées conformément aux statuts et règlements de l'organisme assureur désigné.

### b) Répartition

La cotisation ci-dessus est répartie entre le cabinet adhérent et le salarié participant pour moitié chacun, la quote-part salariale étant retenue mensuellement par prélèvement sur la rémunération brute du salarié et figurant sur le bulletin de paie.

La part employeur pourra être augmentée par accord d'entreprise.

### c) Révision

Le montant de la cotisation totale prévue au *a* est fixé jusqu'au 31 décembre 2016 à compter de l'entrée en vigueur du régime. Il pourra toutefois être réévalué au vu de l'évolution de l'environnement législatif ou réglementaire.

A l'issue de cette période, un autre montant pourra être fixé par la commission mixte paritaire de la convention collective en fonction des résultats techniques et financiers du régime d'un côté, des études prospectives conçues à cet effet d'un autre côté, sur proposition de l'organisme assureur.

### d) Cessation de l'obligation de cotiser

La cotisation au régime « Frais de santé » cesse d'être due :

- en cas de suspension du contrat de travail dans les conditions prévues à l'article I.3 ;
- lors de la rupture du contrat de travail qui lie le participant à son employeur, sous réserve des cas de maintien des garanties visés à l'article I.5 ;
- en cas de décès ;
- et, en tout état de cause, à la date de cessation d'effet du présent avenant.

## I.7. Désignation de l'organisme assureur

Le présent régime est structuré autour de dispositifs répondant à un objectif de solidarité professionnelle, et notamment :

- l'obligation d'adhésion de tous les cabinets ;

- l’affiliation obligatoire de l’ensemble des salariés et de leurs ayants droit quels que soient leur catégorie professionnelle, leur état de santé, leur âge ou leur situation familiale ;
- la prise en compte des situations objectives de fragilité, liées à la maladie ou au chômage notamment ;
- la mise en place de cotisations forfaitaires, donc indépendantes de la réalité du risque individuel ou propre à un cabinet ;
- des prestations déconnectées du niveau des cotisations individuelles et des prestations non contributives ;
- l’accessibilité au fonds social de l’institution ;
- la mise en œuvre d’actions de prévention ;
- le maintien de la couverture en cas de défaillance du cabinet ;
- l’instauration d’un dispositif de solidarité intergénérationnelle.

L’objet du présent avenant étant l’instauration d’un régime « Frais de santé » concrétisé par la poursuite d’un objectif de solidarité, les cotisations dues conventionnellement par les cabinets adhérents et leurs salariés participants doivent nécessairement être mutualisées. Au vu de cet objectif et en conformité avec le contenu de l’article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et avec la jurisprudence de la CJUE, un opérateur unique est désigné pour gérer les garanties collectives, objet du présent avenant à la convention collective.

L’organisme assureur désigné pour gérer les garanties objet du présent avenant est la CREPA, institution de prévoyance régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale, agréée par arrêté du 25 juin 1993, dont le siège social est 80, rue Saint-Lazare, Paris 9<sup>e</sup>. La CREPA est l’institution professionnelle de la profession d’avocat, dont sont adhérents les cabinets et participants leurs salariés et anciens salariés. Elle est administrée par un conseil d’administration paritaire dont les membres sont issus de ce fait exclusivement des employeurs et des salariés ou anciens salariés de la profession d’avocat.

#### I.8. Adhésion à l’institution désignée

L’adhésion de tous les cabinets d’avocats est indispensable pour que, au travers de la mutualisation, la CREPA, opérateur unique, puisse concrètement servir l’objectif de solidarité professionnelle que s’assignent les parties à la convention collective.

A cet effet, sont obligatoirement affiliés au régime CREPA tous les cabinets, y compris, à compter de la date de publication au *Journal officiel* de l’arrêté d’extension de l’avenant, ceux non adhérents à l’une des organisations patronales signataires de la convention collective ou y ayant par la suite adhéré en totalité et sans réserve.

En application de l’article L. 932-12 du code de la sécurité sociale, les entreprises tenues à l’obligation d’adhérer au présent régime n’ont pas la faculté de dénoncer ou de résilier leur adhésion. De son côté, la CREPA ne peut refuser de verser les prestations aux salariés des cabinets n’ayant pas payé leurs cotisations, ni davantage exclure ces cabinets, et ce conformément avec le cinquième alinéa de l’article L. 932-9 du code de la sécurité sociale.

Notamment du fait de ce qui précède et parce qu’elle assume une mission d’intérêt général économique au nom des parties à la convention collective, la CREPA est habilitée par délégation des parties au présent avenant à contrôler le respect par les cabinets de leurs obligations conventionnelles et à engager toutes les procédures qu’elle estime nécessaires à l’exécution forcée de l’adhésion et plus généralement au respect des obligations nées du présent avenant.

#### I.9. Fonds social

Dans un souci de solidarité, les partenaires sociaux ont décidé par le présent avenant de créer un fonds social.

Il est prélevé au maximum 1 % des cotisations effectivement encaissées afin d'alimenter ce fonds social. Les partenaires sociaux pourront être amenés à modifier ce taux.

#### I.10. Suivi du régime

L'institution désignée fournit annuellement un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et le décret d'application du 30 août 1990. A l'occasion de ce rapport est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs. Ce rapport doit être accompagné d'informations précises relatives au nombre de sinistres, aux prestations versées...

L'institution désignée rend compte à la commission mixte paritaire des procédures engagées aux fins de poursuivre le recouvrement des cotisations et des éventuelles difficultés rencontrées.

Elle fait un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre assorti d'un bilan financier annexé au rapport prévu au premier alinéa du présent article, ainsi qu'un bilan du fonds social et des sommes allouées à ce titre.

La commission de suivi de l'accord du 1<sup>er</sup> juillet 2011 relatif à la prévention et à la gestion des risques psychosociaux est associée à la définition et au suivi des actions de prévention développées.

#### I.11. Réexamen périodique des conditions de mise en œuvre de la mutualisation

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les conditions de mise en œuvre de la mutualisation feront l'objet d'un examen dans le cadre de la commission mixte paritaire au maximum tous les 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime.

A cet effet, la commission mixte paritaire se réunira au cours du sixième mois précédant cette échéance. Afin de faciliter le travail d'analyse des membres de la commission mixte paritaire ; l'institution désignée présentera dans un rapport consolidant sur la période de 5 ans considérée les rapports et informations indiquées à l'article I.10, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des 5 années précédentes.

Afin d'optimiser la qualité du travail d'analyse, la première partie de la réunion sera consacrée à l'analyse et aux commentaires du rapport prévu ci-dessus. La seconde partie sera consacrée à l'adoption de recommandations visant à une meilleure qualité de gestion du régime par l'institution désignée.

#### I.12. Effet de l'avenant à l'égard de l'institution désignée

Les dispositions du présent avenant et de ses avenants éventuels ne sont opposables à l'institution désignée qu'après acceptation formelle de celle-ci.

Les adhérents ainsi que les participants peuvent directement se prévaloir des dispositions du présent avenant auprès de l'institution désignée pour poursuivre l'exécution de ses obligations.

De même l'institution désignée peut directement se prévaloir des dispositions du présent avenant auprès des adhérents ainsi que des participants pour poursuivre l'exécution de leurs obligations.

### II. – Garanties

#### II.1. Définition des garanties

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent avenant. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.



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 sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladie professionnelle » et « maternité », ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

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

Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales de prise en charge, conformément aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, l'exigence relative aux contrats responsables étant renforcée du fait de la politique de prévention conçue dans la perspective de l'objectif de solidarité.

La grille des prestations en nature fait l'objet d'une annexe spécifique.

## II.2. Bénéficiaires des prestations

Bénéficient des prestations du régime le participant du régime pour les dépenses le concernant et ainsi que celles de ses ayants droit.

## II.3. Couverture facultative

Le salarié qui le souhaite pourra demander la couverture de son conjoint non à charge. La cotisation facultative « Frais de santé » du conjoint non à charge est prise en charge à 100 % par le salarié.

L'institution désignée proposera, par ailleurs, une couverture complémentaire pour les cabinets qui souhaitent améliorer les prestations du présent régime.

## III. – Mise en œuvre de l'avenant

### III.1. Entrée en vigueur de l'avenant

Le présent avenant prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015 sous réserve de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

### III.2. Dépôt et extension

Conformément aux règles conventionnelles, les parties conviennent de demander l'extension auprès de l'autorité administrative compétente.

### III.3. Mise en œuvre du régime

#### a) Cabinets dépourvus de couverture « Frais de santé » à la date de signature de l'avenant

Les cabinets d'avocats sont tenus d'adhérer auprès de l'institution désignée, soit au plus tard dans le mois suivant l'entrée en vigueur de l'avenant, lorsqu'ils ont à cette date des salariés remplissant les conditions pour bénéficier du régime en application de l'article I.1.

#### b) Cabinets disposant d'une couverture « Frais de santé » à la date de signature du présent avenant

L'adhésion de tous les cabinets au régime « Frais de santé » a un caractère obligatoire à compter de la date d'entrée en vigueur de l'avenant. Ces dispositions s'appliquent pour tous les cabinets, y compris pour les cabinets ayant un contrat « Frais de santé » auprès d'un autre organisme assureur, avec des garanties identiques ou supérieures à celles définies par le présent avenant.

Toutefois, sous réserve de justifier de leur situation, les cabinets disposant à la date de signature du présent avenant d'une couverture « Frais de santé » auront un délai de 1 an à compter de la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent avenant pour adhérer à l'institution désignée.

En tout état de cause, le présent avenant ne prendra pas effet avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Durant ce délai, les cabinets ayant une couverture « Frais de santé » ouvriront des négociations pour compléter, le cas échéant, le régime obligatoire CREPA.

A cet effet, l'institution désignée proposera une couverture complémentaire pour les cabinets qui souhaitent améliorer les prestations du présent régime.

#### c) Pénalité financière

Le cabinet d'avocat qui ne régularise pas spontanément son adhésion à l'institution désignée dans le mois suivant la date fixée au *a* ou *b* ci-dessus est redevable non seulement des majorations de retard prévues par le règlement de l'institution désignée, mais également d'une pénalité financière égale à 100 % du montant des sommes dues au titre des prestations à verser à ses salariés ou à leurs ayants droit pour la période au cours de laquelle le cabinet n'a pas régularisé son adhésion.

### III.4. Obligations en matière d'information

Compte tenu de la technicité des questions liées à la prévoyance, les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent avenant.

Dans ce cadre, l'institution désignée prend l'engagement :

- d'assurer auprès des entreprises concernées et de leur personnel une communication adaptée, sur la base d'une plaquette d'information établie en concertation avec les parties signataires de la convention collective, afin de faciliter la mise en place du régime ;
- d'établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application ; de la transmettre à chaque cabinet adhérent par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée, ce qui vaudra notification au sens de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale. Les cabinets ont l'obligation de remettre cette notice à chaque membre du personnel en place et au moment de l'entrée en fonction.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les entreprises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application de l'article I.5 ci-dessus et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

### III.5. Révision de l'avenant

La procédure de révision prévue à l'article 2 de la convention collective est déclinée de la manière suivante en ce qui concerne le présent avenant :

- les dispositions du présent avenant pourront à tout moment faire l'objet d'une révision en tout ou partie. La négociation à cet effet a lieu à la demande de l'une des parties signataires ou adhérentes conformément aux dispositions des articles L. 2222-5 et L. 2261-8 du code du travail ;
- toute demande de révision devra être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des autres parties signataires et adhérentes et comporter l'indication des dispositions dont la révision est demandée. Elle doit être accompagnée ou suivie dans le délai de 1 mois d'un nouveau projet d'avenant sur les points dont la révision est demandée ;
- le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 1 mois suivant la réception de cette lettre, la commission mixte paritaire sera réunie à l'initiative de la partie la plus diligente en vue d'une négociation ;
- les dispositions dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un avenant ou, à défaut, seront maintenues ;
- sous réserve des règles de validité des accords collectifs, les dispositions de l'avenant portant révision se substitueront de plein droit à celles de l'avenant qu'elles modifient à compter du lendemain du dépôt de l'avenant dans les conditions légales ;



- l’avenant de révision fera l’objet des formalités de publicité légale. Les parties solliciteront l’extension de l’avenant auprès des services compétents.

Fait à Paris, le 15 mars 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

CNAE ;  
CNADA ;  
SAFE ;  
ABFP.

**Syndicats de salariés :**

CSFV CFTC ;  
SPAAC CFE-CGC ;  
FEC FO ;  
SNPJ CFDT ;  
CGT conseil.

# ANNEXE

## FRAIS DE SANTÉ GARANTIE DITE « RESPONSABLE »

Prestations en vigueur au 4 février 2013

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME obligatoire (*) (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE de la complémentaire (*)		TOTAL y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du tic- ket modéra- teur et dans la limite de	Au titre des for- faits et dépas- sements dans la limite de	
Soins médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes <sup>(1)</sup>	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
Pharmacie				
Vignettes orange	15 %	85 %		100 %
Vignettes bleues	30 %	70 %		100 %
Vignettes blanches	65 %	35 %		
Analyses et examens				
Actes médicaux techniques et d'échographie <sup>(1)</sup>	70 %	30 %	+ 170 %	270 %
Actes d'imagerie dont ostéodensi- tométrie acceptée	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
Appareillages et accessoires médicaux				
Orthopédie, appareillages et acces- soires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 160 %	260 %
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
+ Forfait supplémentaire			5 % du PMSS	5 % du PMSS
Hospitalisation médicale – chirurgicale				
Frais de séjour <sup>(2)</sup>	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 200 %	300 %

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME obligatoire (*) (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE de la complémentaire (*)		TOTAL y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du tic- ket modéra- teur et dans la limite de	Au titre des for- faits et dépas- sements dans la limite de	
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier <sup>(3)</sup>			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière <sup>(3)</sup>			2 % du PMSS par jour	2 % du PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un en- fant de moins de 12 ans			1,5 % du PMSS par jour	1,5 % du PMSS par jour
Hospitalisation				
Sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : – cures médicales en établissements de personnes âgées, – ateliers thérapeutiques, – instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, – centres de rééducation professionnelle, – services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.				
Maternité				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %	0 %	+ 200 %	300 %
Chambre particulière			2 % du PMSS par jour	2 % du PMSS par jour
Indemnité de naissance			5 % du PMSS	5 % du PMSS
Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adop- tion, si déclaration dans les 3 mois suivant cette date				
Optique				
Enfant (moins de 18 ans)	60 %	2 % du PMSS	60 % + 2 % du PMSS	
Monture <sup>(4)</sup>				
Par verre <sup>(5)</sup>	60 %	2 % du PMSS	60 % + 2 % du PMSS	
Adulte (18 ans et plus)	60 %	5 % du PMSS	60 % + 5 % du PMSS	
Monture <sup>(4)</sup>				
Par verre <sup>(5)</sup>	60 %	4 % du PMSS	60 % + 4 % du PMSS	
Lentilles	60 % ou 0 %	4 % du PMSS par an	60 % ou 0 % + 4 % du PMSS par an	
Opération de chirurgie réfractive cor- néenne <sup>(6)</sup>		15 % du PMSS	15 % du PMSS	

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME obligatoire (*) (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE de la complémentaire (*)		TOTAL y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du tic- ket modéra- teur et dans la limite de	Au titre des for- faits et dépas- sements dans la limite de	
Dentaire				
Soins	70 %	30 %	+ 70 %	170 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 170 %	+ 270 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire			200 %	200 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Implantologie <sup>(6)</sup>			200 €	200 €
Forfait par implant				
Limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire				
Médecine douce				
Ostéopathie, chiropractie et micro-kinésithérapie <sup>(6)</sup>			100 € par an	100 € par an
25 € maximum par séance				
Contraception féminine				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire			50 € par an	50 € par an
(Selon liste sur simple demande à la complémentaire)				
Prévention				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose...) <sup>(6)</sup>			50 € par an	50 € par an
Equilibre alimentaire. – Diététique <sup>(6)</sup>			60 € par an	60 € par an
Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.				
Vie sans tabac. – Sevrage tabagique			50 € par an	50 € par an
Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du régime obligatoire.				
Vaccin anti-grippal <sup>(6)</sup>			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins <sup>(6)</sup>			25 € par an	25 € par an
(Selon liste sur simple demande à la complémentaire)				

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME obligatoire (*) (à titre indicatif)	PRISE EN CHARGE de la complémentaire (*)		TOTAL y compris régime obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du tic- ket modéra- teur et dans la limite de	Au titre des for- faits et dépas- sements dans la limite de	
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	60 % à 70 %	40 % à 30 %		100 %
<b>Assistance</b>				
Assistance santé et assistance à l'étranger			Oui	Oui
<p>(*) Conditions générales de prise en charge :</p> <p>Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).</p> <p>Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 1<sup>er</sup> janvier 2008.</p> <p>Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- déduction de la participation forfaitaire (1 € au 1<sup>er</sup> janvier 2008) ;</li> <li>- déduction des franchises médicales (décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007).</li> </ul> <p>Le ticket modérateur défini forfaitairement pour des actes supérieurs à 120 € est pris en charge par la complémentaire.</p> <p>Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement du régime obligatoire.</p> <p>Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué comme s'ils étaient conventionnés.</p> <p>Les dépassements d'honoraires relatifs aux actes techniques des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions de l'article 36 de la convention médicale visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge à hauteur de 50 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires.</p> <p>(2) Etablissements non conventionnés : prise en charge limitée à 90 % des frais réels.</p> <p>(3) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(4) Une monture adulte toutes les 2 années civiles par bénéficiaire. Une monture enfant par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(5) Deux verres adulte toutes les 2 années civiles par bénéficiaire. Deux verres enfant par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présence de l'original de la facture).</p>				