

Brochure n° 3101

Convention collective nationale

IDCC : 992. – **BOUCHERIE, BOUCHERIE-CHARCUTERIE,
BOUCHERIE HIPPOPAGIQUE, TRIPERIE,
COMMERCES DE VOLAILLES ET GIBIERS**

AVENANT N° 38 DU 6 MAI 2013
RELATIF AUX FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1350825M
IDCC : 992

Entre :

La CNTF ;

La CFBCT ;

La FBHF ;

Le SNVD,

D'une part, et

La FGTA FO ;

La CSFV CFTC ;

La FNAA CFE-CGC ;

La FGA CFDT ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet de mettre en place un régime conventionnel relatif au remboursement de frais de soins de santé en complément du régime de base de la sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Les représentants professionnels et les organisations syndicales représentatives signataires ont souhaité donner une dimension de solidarité sociale et professionnelle accrue au présent régime par la prise en charge des cotisations et le maintien des garanties au bénéfice de personnes touchées par certains événements.

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- mutualiser les risques au niveau de la profession afin de :
- remédier aux difficultés rencontrées par certains employeurs pour la mise en place d'une protection sociale complémentaire ;

- garantir l'accès de tous les salariés de la branche aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
- piloter paritairement un nouveau socle de garanties minimum de branche destiné à permettre à tous les salariés d'accéder aux soins dans des conditions financières satisfaisantes et à la profession de se valoriser et d'asseoir ainsi son attractivité, notamment auprès des jeunes gens ;
- gérer de façon responsable et indépendante au niveau de la profession les flux et les réserves du régime ;
- instaurer une solidarité entre toutes les entreprises et de manière intergénérationnelle entre tous les salariés et anciens salariés bénéficiaires de la profession ;
- instaurer un nouveau standard professionnel unifié en matière d'assurance santé basé sur la qualité des prestations, des garanties, des services et de la gestion.

Article 2

Régime frais de soins de santé

Il est créé un article 26 *ter* dans la convention collective nationale, intitulé « Régime frais de soins de santé », rédigé comme suit :

« Article 26 *ter*

Régime frais de soins de santé

1. Adhésion-affiliation

A compter de la date d'effet du présent régime, les entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 1^{er} de la présente convention collective doivent affilier, par la signature d'un bulletin d'affiliation, les salariés bénéficiaires définis au point 2 auprès de l'organisme assureur visé au point 8.

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.

2. Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du présent régime "remboursement de frais de soins de santé" obligatoire tous les salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} de la présente convention collective nationale et ayant 1 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il pourra bénéficier du régime à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise avec effet rétroactif.

Dans le cas d'un contrat à durée indéterminée (CDI) faisant suite sans interruption à un contrat à durée déterminée (CDD), c'est la date d'effet du premier contrat qui sera prise en considération pour le calcul de l'ancienneté.

Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime "remboursement de frais de soins de santé", en fournissant régulièrement à leurs employeurs les justificatifs correspondants :

- les salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime, à la condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture. Les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMUC ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et cela jusqu'à échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation ;

- les salariés à temps très partiel (contrat de travail inférieur à un mi-temps) qui devraient acquitter une cotisation au présent régime au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés en contrat à durée déterminée inférieur ou égal à 3 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

En aucune manière, les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent être imposées par l'employeur.

A la demande de l'organisme assureur désigné, l'employeur devra fournir une copie des documents justifiant la dispense d'affiliation.

Le régime sera également proposé aux retraités ayant achevé leur carrière dans une entreprise relevant de la convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers.

3. Garanties

Limite des garanties

3.1. 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 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 visé ci-dessous.

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 désigné 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.

Tableau des garanties

NATURE DES SOINS	PRESTATION (y compris remboursements sécurité sociale)
Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Frais de séjour, salle d'opération	200 % BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	200 % BR
Chambre particulière (y compris maternité) en secteur conventionné	45 € par jour

NATURE DES SOINS	PRESTATION (y compris remboursements sécurité sociale)
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur justificatif)	25 € par jour
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % BR
Forfait hospitalier	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur
Fécondation <i>in vitro</i>	Néant
Garantie assistance hospitalisation	Néant
Actes médicaux	
Consultation et visite de généraliste	130 % BR
Consultation et visite de spécialiste	150 % BR
Actes de chirurgie (ADC)	150 % BR
Actes techniques médicaux (ATM)	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	100 % BR
Actes d'échographie (ADE)	
Kinésithérapeutes	100 % BR
Autres auxiliaires médicaux	100 % BR
Analyses	100 % BR
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	
Pharmacie	100 % BR
Pharmacie non remboursée par la sécurité sociale	
Vaccins anti-grippe et autres	100 % BR à titre d'acte de prévention (voir ci-dessous)
Pilule et patch contraceptif non remboursés	Néant
Dentaire	
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % BR
Inlay et onlay	330 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	330 % BR
Inlay core et inlay core à clavettes	330 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	250 % BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	200 % BR
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	200 % BR
Actes dentaires hors nomenclature	
Parodontologie	Crédit annuel de 200 € par bénéficiaire
Pose chirurgicale de l'implant	250 € maxi 3 par an
Orthopédie. – Autres prothèses	
Prothèses auditives	RSS + Crédit de 500 € par année civile
Orthopédie. – Autres prothèses	RSS + Crédit de 500 € par année civile

NATURE DES SOINS	PRESTATION (y compris remboursements sécurité sociale)
Optique Monture (limité à 1 équipement par an et par bénéficiaire) Verres – verres unifocaux simples – verres unifocaux complexes – verres multifocaux simples – verres multifocaux complexes Lentilles (acceptées ou refusées par la sécurité sociale) Chirurgie réfractive	RSS + crédit annuel de 100 € par année civile RSS + 60 € par verre RSS + 100 € par verre RSS + 110 € par verre RSS + 130 € par verre Crédit de 160 € par année civile Crédit de 150 € par année civile
Maternité et adoption Allocation naissance	250 €
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale Frais de traitement et honoraires Frais de voyage et d'hébergement	100 % BR Forfait de 250 € par année civile et par bénéficiaire
Actes hors nomenclature Acupuncture, chiropractie et ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée) 4 consultations maximum Prise en charge de substituts nicotiniques	20 € par acte limité à 4 actes par année civile Néant
Actes de prévention Scellement prophylactique Détartrage annuel complet sus et sous-gingival Bilan du langage oral Vaccin anti-grippe non remboursé par la sécurité sociale Vaccin DTP et rubéole Dépistage de l'hépatite B Troubles de l'audition Acte d'ostéodensitométrie Actions collectives de prévention tabac, alcool, drogues	Néant 100 % BR Néant 100 % BR 100 % BR Néant Néant Néant Néant
Définitions : BR : base de remboursement de la sécurité sociale. FR : frais réels. RSS : remboursement sécurité sociale.	

3.2. Limites des garanties. – Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par 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 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 le salarié 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 utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues par le présent 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 ;
 - engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires ;
 - engagés 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 ;
- 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 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 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.

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, le crédit annuel correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations 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 de l'assuré. 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 utilisée 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.

3.3. 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.

4. Maintien des garanties

4.1. Pour les ayants droit des salariés décédés

En cas de décès d'un salarié bénéficiaire du présent régime, y compris en période de portabilité des droits, ses ayants droit bénéficieront des garanties du présent régime, sans paiement des cotisations, pendant 12 mois à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Ont la qualité d'ayant droit au titre des présentes dispositions le conjoint ou le concubin du bénéficiaire décédé lié ou non par un pacte civil de solidarité (Pacs) et les enfants à charge répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation sécurité sociale et, par extension, les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
 - les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial ;
 - ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
 - ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable.

4.2. Pour les salariés en arrêt de travail au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle d'un salarié bénéficiaire du présent régime, donnant lieu à un arrêt de travail de plus de 6 mois, les garanties du présent régime seront maintenues sans paiement des cotisations pendant 12 mois à compter du 1^{er} jour du 7^e mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1^{er} jour qui suit la reprise d'activité.

Tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial, conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation "accidents du travail/maladies professionnelles".

Tout salarié qui reprend le travail après avoir bénéficié partiellement de l'exonération du paiement des cotisations, conserve son droit à gratuité en cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale "accidents du travail/maladies professionnelles", dans la limite de la période d'exonération restant à courir.

En cas de cessation du contrat de travail, les anciens salariés, relevant de la législation "accidents du travail/maladies professionnelles" du régime de base de la sécurité sociale bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, continuent à bénéficier après la rupture du contrat de travail des garanties du présent régime avec exonération des cotisations dans les conditions fixées ci-dessus.

4.3. En cas de suspension du contrat de travail

Le régime et la cotisation patronale seront maintenus pour le salarié :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, congé maternité, adoption ou paternité ;
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, pour la période non couverte au titre de l'article 4.2 ;
- 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.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

4.4. Portabilité des droits

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 en dernier lieu par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009, sont précisées comme suit :

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 du présent régime.

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 d'application du présent régime.

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 nationale 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.

Cette renonciation qui est définitive doit être notifiée expressément par écrit à l'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 bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

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 12 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 est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies au point 6.

L'organisme désigné au point 8 établit un suivi technique spécifique de la charge de la portabilité.

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.

5. Cessation des garanties

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 du point 4.4 du présent article, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite "loi Evin") et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient, à titre individuel, la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Les anciens salariés visés au point 4.4 du présent article, 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.

Les anciens salariés visés au point 4.4 du présent article, 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 anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur désigné.

Les tarifs applicables aux anciens salariés susvisés ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Les ayants droit d'un salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité prévue au point 4.1 du présent article pourront bénéficier du maintien de la couverture définie ci-dessus à l'issue de la période de gratuité sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant l'issue de cette période.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

6. Cotisations

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.

La cotisation du régime "remboursement de frais de soins de santé" est mensuelle et fixée pour les années 2014 et 2015 à :

(En euros.)

Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale	40
Salarié relevant du régime local Alsace-Moselle	24

Pour les anciens salariés visés par l'article 4 de la loi Evin, la cotisation retenue est égale à 150 % de la cotisation des actifs ci-dessus appelée à 125 %.

A compter du 1^{er} janvier 2016 et au 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 d'assurance 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.

La répartition de la cotisation est de 50 % pour l'employeur et de 50 % pour le salarié.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné au point 8 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.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

7. Prestations

7.1. Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu 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 encore 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 contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

7.2. 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 cessation définitive des garanties.

7.3. Prescription

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

7.4. 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.

8. Désignation de l'organisme assureur

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle prudentiel, sise 37, boulevard Brune, 75014 Paris, membre du GIE AG2R, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désignée comme organisme assureur du présent régime "remboursement de frais de soins de santé".

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par le comité paritaire de suivi et de gestion. La désignation sera réexaminée dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent régime.

Les modalités de mise en œuvre et de suivi du régime et les conditions de réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques seront prévues dans un protocole d'accord signé par les partenaires sociaux à cet effet.

9. Adhésion obligatoire des entreprises

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers au régime "remboursement de frais de soins de santé" et l'affiliation

des salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire à compter du premier jour du mois civil qui suit la date de publication de l'arrêté d'extension du présent avenant et au plus tôt le 1^{er} janvier 2014.

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

Ces dispositions s'appliquent y compris pour les entreprises ayant déjà souscrit un contrat de frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur au jour de l'entrée en vigueur du présent régime, quel que soit le niveau de garanties appliqué.

Par exception et pour tenir compte des délais de résiliation, si l'arrêté d'extension est publié au *Journal officiel* après le 20 octobre 2013, les entreprises, bénéficiant à cette date d'un contrat de frais de soins de santé obligatoire au profit des salariés visés par le présent régime, ne seront pas tenues d'adhérer à l'organisme assureur désigné à l'article 2.8 tant que ledit contrat est en vigueur et jusqu'au 31 décembre 2014.

Pour ce faire, elles devront justifier auprès de l'organisme assureur désigné de la souscription d'un contrat frais de soins de santé.

En tout état de cause, toutes les entreprises devront avoir rejoint le 1^{er} janvier 2015 le régime frais de soins de santé mis en place par la profession.

10. Comité paritaire de suivi et de gestion

Le suivi du présent régime par les partenaires sociaux est effectué par un comité paritaire de suivi et de gestion constitué sous forme d'association entre les représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national et signataires de l'avenant n° 38 à la convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers du 12 décembre 1978, étendue par arrêté du 15 mai 1979, relatif à la mise en place d'un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Ce comité a pour vocation d'assurer le pilotage du régime au mieux des intérêts des salariés et entreprises de la branche.

Il fonctionnera grâce à une indemnité de 2 % des cotisations brutes prévues au point 6 notamment pour :

- couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, salaires, secrétariat, édition) ;
- former et informer les négociateurs paritaires ;
- financer les études et l'information nécessaires au fonctionnement du régime.

Les modalités de fonctionnement de ce comité seront détaillées aux statuts de l'association susmentionnée.

11. Compte de résultat annuel

AG2R Prévoyance s'engage à présenter les comptes de résultat de l'année N au plus tard le 15 juin de l'année N + 1, et à adresser aux partenaires sociaux signataires du présent avenant à la convention collective, l'ensemble des documents au plus tard 15 jours avant la date de la réunion du comité paritaire national.

Le comité paritaire se réunit au moins une fois par an pour examiner les résultats du régime ainsi que toutes statistiques ou éléments concernant ce régime dont elle pourrait avoir besoin.

12. Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale est instauré au sein du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé de la convention collective nationale de la boucherie, boucherie-charcuterie, boucherie hippophagique, triperie, commerce de volailles et gibiers.

Il sera alimenté selon les modalités prévues dans la convention d'assurance collective relative au présent régime de remboursement de frais de soins de santé.

Les bénéficiaires sont les salariés définis au point 2 du présent article.

Le fonds d'action sociale a pour objet le versement d'aides à caractère exceptionnel aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse selon des critères que la commission sociale paritaire définit.

Les aides à caractère exceptionnel interviennent pour compléter des dépenses médicales au-delà des prises en charge de la sécurité sociale et éventuellement du régime de frais de soins de santé issu de l'avenant n° 38 du 6 mai 2013, sans pouvoir excéder les frais réels exposés par les salariés et dans les conditions prévues par la réglementation sur les contrats frais de santé responsables.

Les aides possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, d'assiduité.

13. Fonds de prévention santé

Les partenaires sociaux ont souhaité la mise en place d'un fonds de prévention santé destiné à financer les actions décidées par la commission paritaire.

Il sera alimenté selon les modalités prévues dans la convention d'assurance collective relative au présent régime de remboursement de frais de soins de santé. »

Article 3

Date d'effet de l'avenant

Le présent avenant prendra effet le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} janvier 2014.

Article 4

Extension

Publicité de l'avenant

Le présent avenant est édité en nombre suffisant d'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 du code du travail, les parties signataires ont convenu de demander sans délai l'extension du présent avenant.

La confédération française de la boucherie, boucherie-charcuterie, traiteurs, 98, boulevard Pereire, 75017 Paris, se charge des formalités.

Article 5

Durée. – Révision. – Dénonciation de l'avenant

Les dispositions du présent avenant auront une durée identique à celle prévue par l'article 2 de la convention collective nationale du 12 décembre 1978, étendue par arrêté du 15 mai 1979.

Elles pourront être révisées et dénoncées conformément aux articles 3 et 4 de ladite convention collective nationale.

Fait à Paris, le 6 mai 2013.

(Suivent les signatures.)