

Brochure n° 3275

Convention collective nationale
IDCC : 1790. – ESPACES DE LOISIRS,
D'ATTRACTIONS ET CULTURELS

AVENANT N° 45 DU 28 JUIN 2013
RELATIF AU REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1350946M
IDCC : 1790

PRÉAMBULE

Bien avant l'ouverture des discussions ayant permis l'aboutissement de l'accord national inter-professionnel sur la sécurisation de l'emploi du 11 janvier 2013, les parties signataires du présent accord se sont réunies afin d'instituer un régime de remboursement de frais de santé, au sein de la convention collective nationale des espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

Ces travaux ont été motivés par le souhait partagé par les parties d'améliorer le statut social des salariés en les faisant accéder à une couverture d'assurance obligatoire qui puisse bénéficier également à leurs ayants droit, et ceci en prenant en considération le nécessaire progrès social que constitue la généralisation de l'accès aux soins pour les salariés.

Les parties signataires du présent accord entendent mettre en œuvre des garanties qui puissent répondre, notamment, aux quatre objectifs suivants :

- couvrir l'ensemble des salariés des entreprises des espaces de loisirs, d'attractions et culturels en matière de remboursement de frais de santé ;
- obtenir la meilleure mutualisation des risques possible au niveau professionnel ;
- organiser une solidarité entre les entreprises et les salariés de la profession sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé ;
- garantir une couverture d'assurance quel que soit le niveau de sinistralité d'une entreprise de la branche.

Le présent accord collectif constitue une annexe et s'incorpore donc à la convention collective des espaces de loisirs, d'attractions et culturels du 5 janvier 1994.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de soins de santé destiné à compléter des prestations de sécurité sociale, par la souscription d'une couverture d'assurance auprès d'un organisme habilité, et plus spécialement par l'adhésion à un contrat collectif auprès d'un organisme assureur tel que recommandé par accord collectif séparé.

Article 2

Bénéficiaires

Le régime bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, sans sélection médicale.

Le régime prend en charge les ayants droit du salarié à sa charge au sens de la sécurité sociale. Le régime s'applique également, de façon facultative, aux conjoints non à charge, selon les modalités définies au présent article.

2.1. Salariés bénéficiaires

L'adhésion des salariés résulte de la signature du présent accord. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Lors de la première année d'adhésion de l'entreprise à l'organisme assureur, une ancienneté de 6 mois sera requise pour bénéficier du remboursement de certaines dépenses mentionnées à l'article 4 du présent accord.

Cependant, les salariés suivants disposent de la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties de remboursement de frais de santé ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés qui, à la date d'effet du présent régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont titulaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire, d'une part, la décision administrative d'attribution de l'une desdites aides et, d'autre part, tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance. Cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel au titre duquel les salariés bénéficient de l'une de ces aides ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de prévoyance mentionnés par l'arrêté du 26 mars 2012.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction de l'entreprise, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Ces dispenses d'adhésion sont instituées conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale. La mise en cause de l'une de ces dispenses suite à une modification de cette disposition réglementaire conduirait à exclure automatiquement sa mise en œuvre au titre du présent régime.

2.2. Définition des ayants droit

Bénéficient du régime en qualité d'ayants droit :

- le conjoint, le partenaire lié par un Pacs et le concubin résidant sous le même toit, dès lors qu'il est ayant droit du salarié au sens de la sécurité sociale.

- les enfants à charge, c'est-à-dire :
 - les enfants de moins de 21 ans à la charge du salarié ou de son conjoint (concubin) au sens de la législation sociale ;
 - les enfants inscrits à Pôle emploi en qualité de « primo-demandeurs » ;
 - 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 concubin pris 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 cas d'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 de leur invalidité, 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 a été autorisé à déduire de son impôt sur le revenu ;
- ses ayants droit à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception des ascendants et des collatéraux.

Par ailleurs, les conjoints non à charge au sens de la sécurité sociale pourront adhérer aux garanties du présent régime de manière individuelle, dès lors qu'ils acquittent une cotisation spécifique ; cette adhésion n'ouvre pas au droit à portabilité.

Article 3

Organisme assureur

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des espaces de loisirs doivent obligatoirement garantir à leur personnel la couverture minimale définie à l'article 4 ci-dessous. Pour ce faire, elles peuvent souscrire un contrat d'assurance auprès de l'organisme habilité de leur choix. En effet, afin de préserver la liberté des entreprises de la branche, tout particulièrement lorsqu'elles disposent déjà d'un régime reconnaissant des droits équivalents au profit de leurs salariés, les parties signataires du présent accord ont décidé de ne pas désigner d'organisme assureur auquel les entreprises seraient contraintes d'adhérer.

Pour autant, les parties ont souhaité accompagner les entreprises du secteur dans la recherche de la couverture d'assurance la plus avantageuse au regard des niveaux de garanties et de cotisations conventionnellement imposés. C'est dans ce cadre qu'elles ont négocié un contrat d'assurance visant à satisfaire au mieux les intérêts des entreprises de la branche professionnelle.

L'organisme sélectionné par la branche à la suite d'un appel d'offres sera recommandé par avenant séparé.

Article 4

Garanties

Les garanties suivantes ne bénéficient qu'aux salariés justifiant de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise :

- optique ;
- dentaire à l'exclusion des soins ;
- chambre particulière ;
- forfait maternité ;
- appareillages.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1 et L. 242-1, alinéas 6 et 8, du code de la sécurité sociale, ainsi que

des articles 83, 1° *quater*, et 1001, 2°, du code général des impôts, et des décrets pris en application de ces dispositions.

Les garanties mises en œuvre par le présent accord sont les suivantes :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés dans le tableau des garanties s'entendent en complément des prestations du régime de base de la sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾ En complément des prestations versées par la sécurité sociale	
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	100 % de la BR	Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	100 % de la BR	Néant
Chambre particulière ^{(2) (*)}	40 € par jour ^(**)	Néant
Forfait hospitalier engagé ^(*)	Frais réels dans la limite du forfait réglementaire en vigueur	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) ^(*)	30 € par jour	Néant
Transport remboursé par la sécurité sociale	Ticket modérateur	Néant
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	50 % de la BR	
Spécialistes (consultations et visites), y compris neuropsychiatres et cardiologues	100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) Actes d'obstétrique (ACO)	80 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) ou doppler et traitement électrique	100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur	
Analyses	50 % de la BR	
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale)		
Pharmacie (vignettes bleues, blanches et orange)	Ticket modérateur	
Dentaire		
Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlays)	30 % de la BR	
Inlay-onlay pris en charge par la sécurité sociale	150 % de la BR	
Prothèses dentaires	Plafond annuel de 500 € les 24 premiers mois d'affiliation puis plafond annuel de 1 000 € par bénéficiaire les années suivantes	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale ^(*)	200 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	Néant	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾ En complément des prestations versées par la sécurité sociale
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	100 % de la BR
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	200 % de la BR
Autres prothèses médicales (appareillage, orthopédie, accessoires)	70 % de la BR
Optique (pour 2 années civiles)	
Monture adulte	95 € pour 2 années civiles
Monture enfant	75 € pour 2 années civiles
Lentilles cornéennes remboursées par la sécurité sociale	100 € pour 2 années civiles
Lentilles correctrices prescrites refusées et jetables	100 € pour 2 années civiles
Verres adulte :	
Verres unifocaux simples ⁽³⁾	45 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres « A » ⁽³⁾	90 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres « B » ⁽³⁾	105 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres multifocaux simples ⁽³⁾	120 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres multifocaux complexes ⁽³⁾	135 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres enfant :	
Verres unifocaux simples ⁽³⁾	45 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres « A » ⁽³⁾	55 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres « B » ⁽³⁾	65 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres multifocaux simples ⁽³⁾	120 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres multifocaux complexes ⁽³⁾	135 € par verre, limité à 2 verres pour 2 années civiles
Actes de prévention (conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005)	
Prise en charge des deux actes de prévention suivants : – détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum – les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite, et ce quel que soit l'âge	Ticket modérateur
FR : frais réels ; BR : base de remboursement ; TM : ticket modérateur ; PMSS : plafond mensuel sécurité sociale. Verres adulte : Verres « A » : LPP 2280660 – 2282793 – 2263459 – 2265330 – 2235776 – 2295896. Verres « B » : LPP 2284527 – 2254868 – 2212976 – 2252668 – 2288519 – 2299523. Verres unifocaux simples : LPP 2203240 – 2287916 – 2259966 – 2226412. Verres multifocaux simples : LPP 2290396 – 2291183 – 2227038 – 2299180. Verres multifocaux complexes : LPP 2245384 – 2295198 – 2202239 – 2252042. Verres enfant : Verres « A » : LPP 2243540 – 2297441 – 2243304 – 2291088 – 2273854 – 2248320. Verres « B » : LPP 2283953 – 2219381 – 2238941 – 2268385 – 2245036 – 2206800. Verres unifocaux simples : LPP 2261874 – 2242457 – 2200393 – 2270413. Verres multifocaux simples : LPP 2259245 – 2264045 – 2240671 – 2282221. Verres multifocaux complexes : 2238792 – 2202452 – 2234239 – 2259660.	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION ⁽¹⁾ En complément des prestations versées par la sécurité sociale
<p>(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail, maladie professionnelle et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.</p> <p>(2) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.</p> <p>(3) En cas de panachage des types de verres, la limite à 2 verres toutes les 2 années civiles s'applique.</p> <p>(*) Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale.</p> <p>(**) Maximum 30 jours en psychiatrie et en rééducation de toute nature.</p>	

Grille verres adulte (16 ans et plus)

CODE TIPS	NOUVEAU CODE LPP adulte	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT
202A00.11	2203240 verre blanc 2287916 verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	45 €
202A00.12	2280660 verre blanc 2282793 verre blanc 2263459 verre teinté 2265330 verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	90 €
202A00.13	2235776 verre blanc 2295896 verre teinté			< - 10 ou > + 10	90 €
202A00.21	2259966 verre blanc 2226412 verre teinté		Cylindre < 4	De - 6 + 6	45 €
202A00.22	2284527 verre blanc 2254868 verre teinté			< - 6 et > + 6	105 €
202A00.23	2212976 verre blanc 2252668 verre teinté		Cylindre > 4	De - 6 + 6	105 €
202A00.24	2288519 verre blanc 2299523 verre teinté			< - 6 et > + 6	105 €
202A00.31	2290396 verre blanc 2291183 verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4	120 €
202A00.32	2245384 verre blanc 2295198 verre teinté			< - 4 ou > + 4	135 €
202A00.41	2227038 verre blanc 2299180 verre teinté		Tout cylindre	De - 8 à + 8	120 €
202A00.42	2202239 verre blanc 2252042 verre teinté			< - 8 ou > + 8	135 €

Grille verres enfant (moins de 16 ans)

CODE TIPS	NOUVEAU CODE LPP enfant	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT
202A00.11	2261874 verre blanc 2242457 verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	45 €

CODE TIPS	NOUVEAU CODE LPP enfant	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT
202A00.12	2243540 verre blanc 2297441 verre teinté 2243304 verre blanc 2291088 verre teinté			De – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	55 €
202A00.13	2273854 verre blanc 2248320 verre teinté			< – 10 ou > + 10	55 €
202A00.21	2200393 verre blanc 2270413 verre teinté	Unifocaux	Cylindre < 4	De – 6 à + 6	45 €
202A00.22	2283953 verre blanc 2219381 verre teinté			< – 6 et > + 6	65 €
202A00.23	2238941 verre blanc 2268385 verre teinté		Cylindre > 4	de – 6 à + 6	65 €
202A00.24	2245036 verre blanc 2206800 verre teinté			< – 6 et > + 6	65 €
202A00.31	2259245 verre blanc 2264045 verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De – 4 à + 4	120 €
202A00.32	2238792 verre blanc 2202452 verre teinté			< – 4 ou > + 4	135 €
202A00.41	2240671 verre blanc 2282221 verre teinté		Tout cylindre	De – 8 + 8	120 €
202A00.42	2234239 verre blanc 2259660 verre teinté			< – 8 ou > + 8	135 €

Article 5

Cotisations

Les cotisations finançant la couverture de remboursement de frais de santé sont les suivantes :

RÉGIME GÉNÉRAL	
Destinataire	Taux de cotisation
Famille hors conjoint non à charge sécurité sociale	1,20 % PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale	1,03 % PMSS
RÉGIME ALSACE-MOSELLE	
Destinataire	Taux de cotisation
Famille hors conjoint non à charge sécurité sociale	0,74 % PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale	0,64 % PMSS

Cotisations portabilité 12 mois incluse.

Taux garantis jusqu'au 31 décembre 2015.

Ces taux de référence maximum sont garantis jusqu'au 31 décembre 2015.

Les cotisations sont réparties à hauteur de 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié, et cela dans le cadre de la mise en place d'un premier régime qui nécessite un retour sur expérience afin d'analyser l'équilibre du rapport entre les cotisations et les prestations.

Article 6

Portabilité de la garantie

En application des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi, il est mis en œuvre un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes « frais de santé » dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par la loi de sécurisation de l'emploi.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers dans la limite de 9 mois de couverture, limite portée à 12 mois au 1^{er} juin 2014 en application de la loi sur la sécurisation de l'emploi.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Article 7

Comité de suivi

Il est créé un comité paritaire de suivi de l'accord composé d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires, représentatives tant des salariés que des employeurs de la branche. Le comité désignera en son sein un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des salariés, l'autre aux représentants des employeurs.

Il se réunit autant que de besoin, et au moins une fois par an. A cette occasion, il étudie, notamment, l'évolution du présent régime.

Ce comité paritaire de suivi sera destinataire chaque année des comptes de résultat de l'ensemble des contrats souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé. En fonction des constats et au regard notamment du rapport ainsi transmis, le comité de suivi peut proposer aux parties à l'accord son éventuel aménagement.

Le comité de suivi sera également chargé d'instruire et d'arbitrer tout litige ou difficulté d'interprétation intervenant dans l'application du présent régime.

Article 8

Information

Les parties rappellent que les entreprises sont tenues de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur auprès duquel les garanties seront souscrites, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leur modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les hypothèses d'exclusions ou de limitations de garanties.

Article 9

Date d'effet. – Durée. – Dépôt

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Il pourra être révisé selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail, et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code. Les parties prévoient la possibilité de procéder à une dénonciation partielle du présent accord.

Le présent accord sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent accord, afin de le rendre applicable à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

Fait à Paris, le 28 juin 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SNDLL ;
SNELAC.

Syndicats de salariés :

CFTC ;
FS CFDT ;
FCS CGT ;
SNEPAT FO ;
INOVA CFE-CGC.