

Brochure n° 3196

Convention collective nationale

IDCC : 1351. – ENTREPRISES DE PRÉVENTION ET DE SÉCURITÉ

ACCORD DU 3 JUIN 2013

RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1351001M

IDCC : 1351

PRÉAMBULE

Conformément aux accords pris dans le cadre de la NAO de juillet 2010, les partenaires sociaux ont ouvert une négociation en décembre 2011.

Le présent accord 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, de l'âge ou de l'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 ;
- 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,

il a été convenu ce qui suit.

Article 1^{er}

Champ d'application du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé

Le régime complémentaire s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective des entreprises de prévention et de sécurité : territoire métropolitain et département d'outre-mer (DOM).

Article 2

Organisme assureur

Les partenaires sociaux, à l'issue d'une consultation fondée sur un cahier des charges prédéfini adressé à cinq organismes assureurs et après audition de trois d'entre eux qui avaient été retenus, ont décidé le 3 juin 2013 de confier l'assurance et la gestion du risque santé à AG2R Prévoyance.

Article 3

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

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé et l'affiliation des salariés de ces entreprises ont un caractère obligatoire.

En application de l'article L. 2251-1 du code du travail, les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord devront adapter les accords pouvant exister et portant sur les garanties frais de santé (ou ayant le même objet que le présent accord), au plus tard le 31 décembre 2013.

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

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

Article 4

Affiliation obligatoire du salarié

Tout salarié, relevant d'une structure entrant dans le champ d'application du présent accord, sera inscrit de façon obligatoire au régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, quels que soient la nature du contrat de travail et le nombre d'heures effectuées.

Aucune condition d'ancienneté n'est requise.

Toutefois, pour bénéficier des prestations optique et prothèses dentaire, le salarié devra justifier d'une période de travail effectif ou assimilé, dans une ou plusieurs entreprises de la branche, d'une durée d'au moins 3 mois, continue ou discontinue, au cours des 12 mois précédant l'affiliation.

Aucune sélection médicale ne sera effectuée.

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

Les salariés qui peuvent justifier des cas dérogatoires cités à l'article suivant peuvent, à leur demande, ne pas bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé.

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

Article 5

Cas dérogatoires

Toutefois, peuvent être dispensés, à leur demande, du bénéfice des garanties du régime complémentaire, les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel (une attestation d'assurance mentionnant l'échéance du contrat est à fournir par les salariés concernés), et, quelle que soit leur date d'embauche, les salariés qui se trouvent dans l'un des cas suivants :

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 régime complémentaire au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

Les salariés en contrat à durée déterminée inférieur ou égal à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants (à justifier chaque année) :

- dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire (remplissant les conditions mentionnées au 6^e alinéa, de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
- régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
- régime de prévoyance de la fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- régime de prévoyance de la fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994.

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

Ce dernier a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'affiliation à la garantie de frais de soins de santé.

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

Article 6

Garanties du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé

Les garanties du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé 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.

Le tableau des garanties figure à l'annexe I du présent accord.

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 dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties. Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du participant, après intervention du régime de base de la sécurité sociale, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Article 7

Caractère responsable du contrat

Les partenaires sociaux s'engagent à ce que le contrat d'AG2R Prévoyance respecte les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable et notamment les dispositions concernant :

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

Les partenaires sociaux veilleront sans délai à faire évoluer le contrat d'AG2R Prévoyance en cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires relatives au contrat responsable.

A ce titre :

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

- a) 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ou du médecin consulté dans le cadre du parcours de soins ;
- b) 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté dans le cadre du parcours de soins (ne bénéficient pas de cette prise en charge minimale systématique les spécialités homéopathiques, les médicaments destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et les médicaments dont le service médical rendu n'a pas été classé comme majeur ou important) ;
- c) 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou par un médecin consulté dans le cadre du parcours de soins ;
- d) Le ticket modérateur pour les actes de prévention « détartrage » et « vaccins » visés par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, aux conditions fixées par cet arrêté.

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

Le contrat ne prend pas en charge :

Conformément à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, la majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale devenu L. 1111-14 du code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel quand il sera instauré) ;

Conformément à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant

(et hors protocole de soins) et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques ;

La participation forfaitaire définie à l'article L. 322-2-II du code de la sécurité sociale ;

Les franchises médicales définies à l'article L. 322-2-III du code de la sécurité sociale.

Article 8

Limites des garanties. – Exclusions

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

Ne donnent pas lieu à remboursement :

– les frais de soins de santé :

- engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;
- déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France. Si la caisse de sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisé par la sécurité sociale et selon les garanties prévues par le régime ;
- non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale ;
- ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties ;
- au titre de la législation sur les pensions militaires ;
- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- 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.

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

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

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

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

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

Article 9

Plafond des remboursements

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

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

Article 10

Maintien des garanties complémentaires « de frais de soins de santé » en cas de suspensions du contrat de travail de l'assuré

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

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

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

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

- un arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité ;
- un arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- l'exercice du droit de grève ;
- un congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois consécutif ;
- une suspension du contrat de travail lié à un problème réglementaire et/ou disciplinaire.

Et en tout état de cause, les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail avec maintien du salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

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

b) Dans les cas où il y a suspension du droit à garanties (en cas de congés non rémunérés supérieurs à 1 mois : congés sabbatiques, congés pour création d'entreprise...), le salarié peut demander à titre individuel auprès d'AG2R Prévoyance à continuer de bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé pendant la durée de ce congé. Ce dispositif n'est pas mutualisé avec le régime complémentaire conventionnel.

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

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. Celle-ci est à la charge exclusive du salarié qui doit verser directement sa cotisation à AG2R Prévoyance.

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

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

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

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

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

Article 11

Portabilité des droits

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, modifié par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013.

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

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

Le maintien de ces garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf les stipulations particulières définies ci-après et sous réserve que l'ancien salarié n'ait pas expressément renoncé à l'ensemble des garanties collectives souscrites par son employeur, qu'elles soient prévues par la convention collective ou par les autres modalités de mise en place des garanties prévoyance et frais de santé définies à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le salarié renonce au maintien de ses droits, cette renonciation est définitive et concerne automatiquement l'ensemble des garanties collectives dont il bénéficiait dans l'entreprise. Il doit le notifier expressément par écrit à son ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

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

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

Le maintien de garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 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 du présent régime obligatoire est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies à l'article 13.

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

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

Article 12

Maintien des garanties complémentaires de remboursement de frais de soins de santé en cas de rupture du contrat de travail de l'assuré

a) Maintien des garanties de frais de soins de santé aux anciens salariés

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de la portabilité (art. 11 du présent accord), le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

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

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès d'AG2R Prévoyance dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien de ces garanties au titre de la portabilité des droits.

AG2R Prévoyance adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail ou à la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

b) Maintien des garanties de frais de soins de santé aux ayants droit du salarié décédé

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

A 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, les ayants droit du salarié décédé pourront continuer à bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé selon les conditions tarifaires prévues à l'article 13.

AG2R Prévoyance adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit de l'assuré décédé, au plus tard dans un délai de 2 mois à compter de la date de la fin de la période de couverture à titre gratuit.

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

Article 13

Cotisations

Les taux de cotisation sont établis 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 accord et seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

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

Le taux de cotisation du régime complémentaire obligatoire de remboursement de frais de soins de santé est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et est maintenu pour une durée de 2 ans.

Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale	0,84 %
Salarié relevant du régime local Alsace-Moselle	0,51 %

A compter du 1^{er} janvier 2016 et au 1^{er} janvier de chaque année, le taux de cotisation pourra être 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. Par accord d'entreprise, la participation de l'entreprise pourra être supérieure au minima défini à cet article.

Pour les anciens salariés et les ayants droit du salarié décédé (en dehors des 12 mois de gratuité) visés par l'article 4 de la loi Evin, le taux de cotisation retenu est égal à 150 % du taux de cotisation des actifs ci-dessus appelé à 130 %. Ce taux d'appel pourra être revu en fonction notamment de l'évolution de la législation et des résultats.

Article 14

Prestations

Règlement des prestations :

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

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

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

Tiers payant :

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

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

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

Prescription :

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

Recours contre les tiers responsables :

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

Article 15

Suivi du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé

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

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

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

Article 16

Effet

Le présent accord prendra effet le premier jour du trimestre suivant la date de publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Article 17

Durée. – Révision. – Dénonciation

Le présent accord, conclu pour une durée indéterminée, pourra être dénoncé par lettre recommandée avec avis de réception, par l'une ou l'autre des parties signataires en respectant un délai de préavis de 6 mois.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'avenant qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Une négociation sera organisée dans le mois de la signature de la dénonciation, afin de déterminer, le cas échéant, les nouvelles mesures de protection sociale.

Article 18

Extension. – Publicité

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

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

Fait à Paris, le 3 juin 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SESA ;

SNES ;

USP.

Syndicats de salariés :

CGT ;

FNECS CFE-CGC ;

FS CFDT ;

FEETS FO ;

SNEPS CFTC ;

UNSA FMPS.

ANNEXE I

BRANCHE PRÉVENTION SÉCURITÉ

Régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé obligatoire

POSTE	NIVEAU D'INDEMNISATION conventionné ou non conventionné Régime de base obligatoire
Les niveaux d'indemnisation s'entendent en complément des prestations versées par la sécurité sociale Remboursement selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale	
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	100 % TM
Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	100 % TM
Chambre particulière	2 % PMSS par jour ^(*)
Forfait hospitalier engagé	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % TM
Actes médicaux	
Généralistes (consultations et visites)	100 % TM
Spécialiste (consultations et visites)	60 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'anesthésie (ADA), actes d'obstétrique (ACO)	100 % TM
Actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI)	100 % TM
Auxiliaires médicaux	100 % TM
Analyses	100 % TM
Pharmacie (remboursée par la sécurité sociale)	
Pharmacie	100 % TM
Dentaire (remboursé par la sécurité sociale)	
Soins dentaires	100 % TM
Inlay simple, onlay	Néant
Inlay core et inlay à clavettes	Néant
Prothèses remboursables par la sécurité sociale ⁽¹⁾	150 % de la BR limité à 15 % PMSS par an
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	25 % de la BR
Prothèses non dentaires (remboursées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	100 % TM
Orthopédie et autres prothèses	100 % TM
Optique ⁽¹⁾	
Monture	1 % PMSS limité à 1 monture sur 2 années civiles consécutives

POSTE	NIVEAU D'INDEMNISATION conventionné ou non conventionné Régime de base obligatoire
Verres unifocaux tous types (simples ou complexes) (**)	2,5 % PMSS par verre limité à 2 verres sur 2 années civiles consécutives
Verres multifocaux tous types (simples ou complexes) (**)	3,5 % PMSS par verre limité à 2 verres sur 2 années civiles consécutives
Lentilles acceptées par la sécurité sociale (la paire)	Néant
Lentilles refusées par la sécurité sociale (la paire)	Néant
Cure thermique (acceptée par la sécurité sociale)	
Frais de traitement et honoraires	Néant
Frais de voyage et hébergement	Néant
Actes de prévention	
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2001	100 % TM
TM : ticket modérateur. PMSS : plafond mensuel sécurité sociale. BR : base de remboursement. SS : remboursement sécurité sociale. (1) Délai de carence de 3 mois, l'ancienneté étant appréciée au regard de la profession. (*) Dans la limite des frais réels. (**) Unifocaux simples : LPP 2203240, 2287916, 2261874, 2242457, 2259966, 2226412, 2200393, 2270413, 2290396, 2291183, 2259245, 2264045, 2227038, 2299180, 2240671, 2282221. (***) Unifocaux complexes : LPP 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2235776, 2295896, 2273854, 2248320, 2284527, 2254868, 2283953, 2219381, 2212976, 2252668, 2238941, 2268385, 2288519, 2299523, 2245036, 2206800. (**) Multifocaux simples : LPP 2290396, 2291183, 2259245, 2264045, 2227038, 2299180, 2240671, 2282221. (**) Multifocaux complexes : LPP 2245384, 2295198, 2238792, 2202452, 2202239, 2252042, 2234239, 2259660.	

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail, maladie professionnelle et maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

Par dérogation au tableau ci-dessus, la limite à une paire de verres tous les 2 ans ne s'applique pas en cas de changement de dioptries et pour les enfants.