

Brochure n° 3353

Convention collective nationale

**IDCC : 2706. – PERSONNEL DES ADMINISTRATEURS
ET DES MANDATAIRES JUDICIAIRES**

ACCORD DU 26 FÉVRIER 2015

RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1550623M

IDCC : 2706

PRÉAMBULE

Les organisations professionnelles parties à la convention collective nationale de travail étendue du personnel des administrateurs judiciaires et des mandataires judiciaires du 20 décembre 2007 ont déjà mis en place un régime de prévoyance ambitieux par l'accord du 5 février 2009.

Leur intention est de compléter, par le présent accord, ce dispositif en mettant en place une garantie remboursement de frais de santé concernant les dépenses intéressant les salariés mais également leurs ayants droit.

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

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont pris la décision de recommander un organisme assureur afin de mettre en œuvre le présent régime.

Le choix des organisations parties à la convention collective nationale de la branche se fera à partir d'un accord d'offres avec son cahier des charges.

Pour autant, nous restons conscients que la question de la solidarité de branche est incontournable dans notre approche de la mise en place d'un régime « santé » de branche.

I. – Mise en œuvre du régime

I.1. Bénéficiaires du régime frais de santé

Sont bénéficiaires du régime frais de santé obligatoire tous les salariés de la convention collective nationale de branche justifiant d'une ancienneté continue de 3 mois dans l'étude.

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

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

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

I.2. Dispense d'affiliation des salariés au régime frais de santé

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

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation salariale au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. Une lettre de refus du salarié et une fiche de paie devra être fournie à l'employeur ;
- les salariés ayant plusieurs employeurs au sein de la branche et qui sont déjà affiliés au présent régime au titre de leur premier emploi peuvent être dispensés d'affiliation au titre des emplois de rang 2 et suivant ;
- les salariés en CDD. Une lettre de refus sera nécessaire. Pour les CDD de 12 mois ou plus, ce courrier sera accompagné d'une attestation de couverture individuelle de frais de santé souscrite par ailleurs ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture de frais de santé individuelle jusqu'à échéance du contrat individuel. Il faudra fournir une attestation de couverture individuelle à l'employeur.

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

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

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

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

Les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour les salariés se trouvant dans cette situation à la date d'entrée en vigueur du présent régime, et ce dans les conditions suivantes :

- lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit soit à maintien (total ou partiel) de salaire par l'étude, soit à indemnités journalières complémentaires (résultant du régime de prévoyance), le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties. La quote-part salariale de la cotisation continue d'être précomptée sur la rémunération ou l'indemnité et la quote-part de l'étude est également maintenue ;
- lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non professionnelle ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties pendant la durée de la suspension du contrat. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due et est précomptée sur sa pension d'invalidité.

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

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

I.4. Ayants droit bénéficiaires des prestations du régime frais de santé

Sont ayants droit les ayants droit à charge du salarié au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, soit :

a) Le conjoint défini comme suit et bénéficiaire des prestations du régime de la sécurité sociale sous le numéro du salarié en tant qu'ayant droit :

- le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le participant, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire et que les deux concubins partagent le même domicile (l'adresse déclarée à la sécurité sociale faisant foi).

b) Les enfants du participant et/ou de son conjoint, concubin, partenaire du Pacs, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire :

- ou jusqu'au 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, sous contrat de travail à durée déterminée ou sous contrat d'insertion professionnelle ;
- ou sans limite d'âge s'ils sont en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime de base d'assurance maladie.

c) Les ascendants, descendants à charge, tels que définis à l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale, figurant sur la carte de sécurité sociale du salarié ou de son conjoint, partenaire lié par un Pacs ou de son concubin.

Les ayants droit bénéficiaires du présent régime au jour du décès du salarié continuent d'en bénéficier pendant une durée de 12 mois sans contrepartie de cotisation.

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

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

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

b) Maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après.

5. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle il ne bénéficie plus définitivement et totalement des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès).

La suspension des allocations du régime 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 financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation intégrée aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations.

A l'issue de cette période, le participant peut demander à l'institution dans un délai de 6 mois le maintien de la garantie en vigueur à cette date. L'organisme assureur recommandé met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation, entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

c) Les ayants droit d'un participant décédé se voient maintenir gratuitement le bénéfice des garanties du présent régime pendant une durée de 1 an à compter du jour du décès. Au-delà de cette durée, ils pourront bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 exposé ci-dessous.

d) Maintien de garanties au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties frais de santé peuvent être maintenues sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

1. 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 que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale exposé ci-dessus.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture individuelle à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;

2. Ayants droit d'un salarié décédé bénéficiaires des garanties du présent régime au jour du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'employeur informe l'organisme assureur, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes au plus tard dans le délai de 2 mois à compter du décès.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande. L'organisme assureur met au point la procédure permettant d'évaluer la cotisation, entièrement à la charge de l'intéressé, sans qu'elle puisse excéder les limites fixées par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

I.6. Cotisation

a) Montant

Les montants de la cotisation due au titre du régime frais de santé sont exprimés en pourcentage du PMSS.

(En pourcentage du PMSS.)

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME ALSACE-MOSELLE
Famille sécurité sociale	2,40	1,51
Conjoint	1,79	1,14

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

b) Répartition

La cotisation ci-dessus est répartie entre l'étude et le salarié selon les taux suivants : 60 % pour l'étude et 40 % pour le salarié, la quote-part salariale étant retenue mensuellement par prélèvement sur la rémunération brute du salarié et figurant sur le bulletin de paie.

c) Révision

Le montant de la cotisation totale prévue au a est fixé pour une durée de 2 ans à compter de l'entrée en vigueur du régime. Il pourra toutefois être réévalué au vu de l'évolution de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

A l'issue de cette période de 2 années, un autre montant pourra être fixé par la commission paritaire de la convention collective en fonction des résultats techniques et financiers du régime d'un côté, des études prospectives conçues à cet effet d'un autre côté, sur proposition de l'organisme assureur.

d) Cessation de l'obligation de cotiser

La cotisation au régime frais de santé cesse d'être due :

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

I.7. Recommandation de l'organisme assureur

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

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

L'objet du présent accord étant l'instauration d'un régime frais de santé concrétisé par la poursuite d'un objectif de solidarité, les cotisations dues conventionnellement par les études et leurs salariés doivent nécessairement être mutualisées. Au vu de cet objectif et en conformité avec le contenu de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, un opérateur unique est recommandé pour gérer les garanties collectives, objet de la présente annexe à la convention collective.

I.8. Adhésion à l'organisme assureur et gestionnaire recommandé

Les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale des administrateurs et mandataires judiciaires ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime (annexe I).

Pour ce faire, les partenaires sociaux de la branche recommandent l'adhésion auprès de l'organisme assureur ci-après mentionné :

Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, membre du groupe Humanis, siège social : 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris.

I.9. Fonds collectif

Manifestation de solidarité, les partenaires sociaux ont décidé par le présent accord de créer un fonds. Il est destiné à mettre en œuvre des actions de solidarité et de prévention.

Il est prélevé 2 % de l'assiette des cotisations telles que définies à l'article I.6 afin d'alimenter ce fonds collectif.

I.10. Suivi du régime

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

L'organisme assureur recommandé rend compte à la commission paritaire des procédures engagées aux fins de poursuivre le recouvrement des cotisations et des éventuelles difficultés rencontrées.

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

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

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

A cet effet, la commission paritaire se réunira au cours du 6^e mois précédant cette échéance. Afin de faciliter le travail d'analyse des membres de la commission paritaire, l'organisme assureur recommandé présentera, dans un rapport consolidant sur la période de 5 ans considérée les rapports et informations indiquées à l'article I.10, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des 5 années précédentes.

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

I.12. Effet de l'accord à l'égard de l'organisme assureur recommandé

Les dispositions du présent accord et de ses avenants éventuels ne sont opposables à l'organisme assureur recommandé qu'après acceptation formelle de celle-ci.

Les adhérents ainsi que les participants peuvent directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès de l'organisme assureur recommandé pour poursuivre l'exécution de ses obligations.

De même, l'organisme assureur recommandé peut directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès des adhérents ainsi que des participants pour poursuivre l'exécution de leurs obligations.

I.13. Contribution à la solidarité de branche

I.13.1. Le présent accord vise à la création d'un authentique régime de protection sociale complémentaire concrétisé non seulement par la fixation de la nature et du niveau des prestations contractualisées mais encore par des droits non contributifs et déclinant un degré élevé de solidarité, qu'il appartient aux études de respecter, y compris lorsque l'assureur auquel elles confient le soin de gérer les garanties collectives n'est pas celui recommandé dans les conditions figurant à l'article 1.7. Parmi ces droits non contributifs, certains ne peuvent être effectifs que par le prélèvement des prestations sur un « pot commun », alimenté par toutes les études de la branche ; la raison peut notamment en être trouvée dans le caractère collectif de l'avantage en liaison avec la politique de prévention destinée à l'amélioration des taux de sinistralité et dans l'extension à des personnes n'ayant pas (plus) de contrat de travail de tels avantages comme la solidarité au profit des retraités ou des apprentis, des salariés à temps partiel ou encore des chômeurs sous certaines conditions. L'objet des articles I.13 est de ce fait d'identifier ces droits non contributifs, de définir les modalités de mutualisation des sommes nécessaires à leur financement, de concrétiser le « pot commun » sur lequel sont prélevées les prestations correspondantes.

I.13.2. Les droits particuliers résultant de la mise en œuvre du point IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale sont de deux sortes :

I.13.2.1. Certains s'adressent à la collectivité des travailleurs intéressés, l'expression ne se limitant pas obligatoirement aux actifs titulaires d'un contrat de travail. Il s'agit de :

- politique de prévention en vue de l'amélioration des risques concernant certaines pathologies telles que douleurs lombaires, TMS, ou des risques d'accidents tels que trajets de voiture et encore les RPS ;

- action sociale en faveur des personnes en situation de faiblesse ou de précarité ;
- action en direction des apprentis, des retraités, des invalides ;
- action en faveur des salariés à temps partiel dans certaines conditions.

I.13.2.2. Certains s'adressent à tel ou tel travailleur intéressé qui peut ou non être titulaire d'un contrat de travail. Il s'agit de :

a) Salariés titulaires d'un contrat de travail :

- dispositif spécifique pour les temps partiels (mutualisation d'une partie de la cotisation) ;
- prestations annexes aux prestations en espèces non contractualisées ;
- aide à la mobilité tant géographique que professionnelle.

b) Autres :

- mutualisation destinée à réduire ou supprimer la majoration des cotisations maladie pour les retraités, pour les invalides, pour les ayants droit d'un salarié décédé ;
- portabilité des droits pour les chômeurs, au-delà du dispositif de L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

I.13.3. Le financement de ces prestations non contributives énumérées de manière limitative à l'article I.13.2 est assuré par un droit de tirage sur un fonds mutualisé alimenté par une contribution dont le montant est fixé à l'article I.9 du présent accord.

Cette contribution spécifique est entièrement acquittée par l'employeur. Cette contribution est due pour toutes les études entrant dans le champ du présent accord. La contribution est collectée par l'organisme recommandé. Elle est incluse dans la cotisation conventionnellement fixée que doit respecter l'organisme assureur recommandé en vertu du 2^e alinéa du II de l'article L. 912-1. Si l'étude décide de recourir à un autre assureur, la validité du recours à cet assureur est liée à l'existence dans le contrat d'assurance d'un dispositif identifiant cette contribution spéciale et obligeant l'organisme assureur à la verser dans le « pot commun ».

Le non-respect de ces exigences, quelle que soit la forme retenue, matérialise une inexécution fautive de la convention collective (ou de l'accord collectif) susceptible d'engager la responsabilité civile de l'employeur. Les organisations syndicales représentatives de la branche ont donc qualité pour engager toute action judiciaire en vue de les faire respecter ou de la réparation du préjudice en résultant. Une concertation entre eux préalable à l'enclenchement d'une éventuelle action judiciaire sera organisée dans des conditions fixées par un règlement élaboré d'un commun accord dans le délai de 6 mois suivant la date d'effet du présent accord. Cette procédure ne saurait toutefois interdire l'action directe d'une organisation.

I.13.4.1. Les contributions prévues à l'article I.13.3 sont destinées à être mutualisées dans un pot commun géré par l'organisme assureur recommandé, dans le cadre de conventions faisant l'objet de règles particulières. Mandat lui est donné par les parties du présent accord pour engager toute action en vue du recouvrement de ces cotisations auprès des organismes assureurs choisis par l'étude. A défaut de pouvoir exercer ce suivi, l'organisme assureur recommandé ne peut pas, en effet, assumer la mission d'intérêt économique général qui lui est confiée par les partenaires sociaux en liaison avec le degré élevé de solidarité mis en œuvre.

I.13.4.2. Les conditions dans lesquelles les prestations non contributives objet des articles I.13 sont allouées aux bénéficiaires sont les suivantes :

- s'agissant de prestations allouées à des travailleurs elles le seront par l'assureur recommandé ;
- s'agissant des droits à caractère collectif ou qualitatif (versement à des consultants, à des chercheurs, à des prestataires [ex. : médecins], etc.).

II. – Garanties

II.1. Définition des garanties

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

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

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

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

La grille des prestations en nature est mentionnée en annexe I.

II.2. Bénéficiaires des prestations

Bénéficiaire des prestations du présent régime :

- le participant ;
- ses ayants droit définis à l'article I.4.

II.3. Couverture facultative

Le salarié qui le souhaite pourra demander la couverture de son conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale. La cotisation facultative frais de santé du conjoint non à charge est prise en charge à 100 % par le salarié.

L'organisme recommandé proposera par ailleurs une couverture complémentaire pour les études qui souhaitent améliorer les prestations du présent régime.

III. – Mise en œuvre de l'accord

III.1. Entrée en vigueur de l'accord

Le présent accord prend effet au premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension.

III.3. Mise en œuvre du régime

Les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale des administrateurs judiciaires et des mandataires judiciaires ont l'obligation d'appliquer les dispositions du présent régime pour le compte de leurs salariés. Pour ce faire, les partenaires sociaux signataires recommandent l'adhésion au contrat de garanties collectives souscrit dans le cadre de la commission paritaire nationale auprès de l'organisme assureur.

Les employeurs entrant nouvellement dans le champ d'application du présent accord, par suite d'un élargissement du champ d'application de la convention collective ou par suite d'un changement d'activité (notamment lors d'opérations de fusion ou de restructuration), doivent appliquer le présent accord, le cas échéant, auprès de l'organisme assureur recommandé, à compter du premier jour du mois suivant la date à laquelle l'employeur entre dans le champ d'application du présent accord.

En cas de création d'une nouvelle entité, les employeurs ont l'obligation d'appliquer le régime dans le mois de l'embauche (ou du transfert) du premier salarié.

III.4. Obligations en matière d'information

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

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

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

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les études doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application de l'article I.2 ci-dessus et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

III.5. Révision

La procédure de révision prévue à l'article 3 de la convention collective est déclinée de la manière suivante en ce qui concerne le présent accord :

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

– l'accord de révision fera l'objet des formalités de publicité légale. Les parties solliciteront l'extension de l'accord auprès des services compétents.

Fait à Paris, le 26 février 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

IFPPC ;

ASPAJ.

Syndicats de salariés :

CGT-FO ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

SPAAC CFE-CGC ;

FSE CGT.

ANNEXE I

Tableau de garanties

GARANTIE	REMBOURSEMENT en complément de la sécurité sociale
Soins médicaux et paramédicaux Consultation, visites généralistes et spécialistes (adhérent au CAS ⁽¹⁾) Consultation, visites généralistes et spécialistes (non adhérent au CAS ⁽¹⁾) Auxiliaires médicaux : infirmier(ère)s, kinésithérapeutes... Ambulances, véhicules sanitaires légers	TM + 170 % BR TM + 100 % BR TM TM
Pharmacie Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	TM
Analyses et examens Actes médicaux techniques et d'échographie réalisés par un spécialiste adhérent au CAS ⁽¹⁾ Actes médicaux techniques et d'échographie réalisés par un spécialiste non adhérent au CAS ⁽¹⁾ Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée Examens et laboratoires	TM + 170 % BR TM + 100 % BR TM TM
Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires	
Appareillages et accessoires médicaux Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire Prothèses auditives	TM + 160 % BR TM + 160 % BR
Cures thermales Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + forfait supplémentaire	TM + 5 % du PMSS
Hospitalisation médicale Frais de séjour : – établissements conventionnés – établissements non conventionnés Forfait actes lourds Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) facturés par un médecin adhérent au CAS ⁽¹⁾ Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) facturés par un médecin non adhérent au CAS ⁽¹⁾ Ambulances, véhicules sanitaires légers Forfait journalier hospitalier Chambre particulière Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	100 % frais réels 90 % des frais réels avec une prise en charge minimale du TM Frais réels TM + 200 % BR TM + 100 % BR TM Frais réels 2 % du PMSS par jour 1,5 % du PMSS par jour

GARANTIE	REMBOURSEMENT en complément de la sécurité sociale
Hospitalisation Sur la base des codes DMT (discipline médico-tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : <ul style="list-style-type: none"> – cures médicales en établissements pour personnes âgées – ateliers thérapeutiques – instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogiques et professionnels – centres de rééducation professionnelle – services de longs séjours et établissements pour personnes âgées 	
Maternité Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique facturés par un médecin adhérent au CAS ⁽¹⁾ Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique facturés par un médecin non adhérent au CAS ⁽¹⁾ Chambre particulière Indemnité de naissance Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivant cette date	200 % BR 100 % BR 2 % du PMSS par jour 5 % du PMSS
Optique Enfant (moins de 18 ans) : Forfait optique limité à un équipement par an et par bénéficiaire (2 verres + monture) Adulte (18 ans et plus) : Forfait optique limité à un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans (2 verres + monture) Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue Lentilles Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) ⁽²⁾	200 € dont 60 € maximum pour la monture 412 € dont 150 € maximum pour la monture 4 % du PMSS par an et par bénéficiaire 15 % du PMSS par œil
Dentaire Soins Prothèses remboursables par le régime obligatoire Prothèses non remboursables par le régime obligatoire Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Implant dentaire (hors pilier sur implant) ⁽²⁾ Forfait limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire	TM + 70 % BR TM + 170 % BR 247,25 € par acte TM + 200 % BR 200 € par implant dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire
Médecine douce Ostéopathie, chiropractie et micro-kinésithérapie ⁽²⁾	100 € par an 25 € maximum par séance

GARANTIE	REMBOURSEMENT en complément de la sécurité sociale
Contraception féminine Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire	50 € par an
Prévention Ostéodensitométrie non remboursée par la sécurité sociale ⁽²⁾ Equilibre alimentaire, diététique ⁽²⁾ : Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés Vie sans tabac, sevrage tabagique : Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognitivo-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du régime obligatoire Vaccin antigrippal ⁽²⁾ Autres vaccins ⁽²⁾ Actes de prévention établie par l'arrêté du 8 juin 2006 ⁽³⁾	50 € par an 60 € par an 50 € par an Frais réels 25 € par an TM
Assistance Assistance santé et assistance à l'étranger	Oui
<p>TM : ticket modérateur : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la sécurité sociale.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale (restituée pour les actes non remboursés par la SS).</p> <p>SS : sécurité sociale.</p> <p>(1) Contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1.</p> <p>(2) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'originale de la facture).</p> <p>(3) Prévention, le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{re} et 2^e molaires permanentes des enfants avant leur 14^e anniversaire, à raison d'une fois par dent, un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum, un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan, le dépistage de l'hépatite B, le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie), l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'assurance maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans), les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; coqueluche (avant 14 ans) ; hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; <i>Haemophilus influenzae</i> B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.</p>	