

Brochure n° 3023

Convention collective nationale

**IDCC : 1412. – INSTALLATION, ENTRETIEN, RÉPARATION
ET DÉPANNAGE DE MATÉRIEL AÉRAULIQUE,
THERMIQUE ET FRIGORIFIQUE**

ACCORD DU 3 JUIN 2015

RELATIF À L'INSTAURATION D'UN RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550687M

IDCC : 1412

PRÉAMBULE

Dans le cadre et conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux ont souhaité créer un régime de remboursement des frais de santé au sein de la branche, complétant ainsi leur politique en matière de protection sociale.

Grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux instaurent un régime de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche, qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et des contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisation négociés et maintenus pendant 3 ans ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, l'adaptation, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

Le régime professionnel « frais de santé » développe également un degré élevé de solidarité destinée à promouvoir une politique active de prévention, d'action sociale pour les populations les plus fragiles et de maintien des garanties pour certains salariés ou anciens salariés dans des conditions privilégiées.

La mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence impartiale et transparente assurant l'égalité des candidats dans le respect de la législation a permis le choix par les partenaires sociaux de l'organisme assureur le mieux-disant.

En outre, le présent accord permet aujourd'hui de proposer une couverture « frais de santé » respectant la réglementation des contrats responsables. Il inclut le financement du maintien temporaire de la couverture au bénéfice des anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage, dénommé portabilité santé.

Il répond aussi des obligations liées à généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et facilite ainsi les démarches pour certaines entreprises, notamment les TPE-PME, pour la mise en place d'une couverture complémentaire.

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2015 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé) au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective des entreprises d'installation sans fabrication, y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéraulique, thermique, frigorifique et connexes (code IDCC 1412).

Il définit les garanties, les cotisations et leur répartition, la solidarité professionnelle mise en œuvre ainsi que l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion dudit régime dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale au 1^{er} janvier 2016 relève du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective, tel qu'il est défini à l'article 1.2 de la convention.

Article 2

Hierarchie des normes et accords d'entreprise

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, l'accord de complémentaire santé d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime professionnel de santé visé par le présent accord.

Article 3

Bénéficiaires du régime professionnel de santé et dispenses d'affiliation

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement, dès leur date d'embauche, à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être exercées par les salariés dans des cas limitatifs. Elles sont définies à l'article 3.2 et mises en œuvre selon des modalités de l'article 3.3.

Les partenaires sociaux souhaitent rappeler qu'en cas de non-respect des dispositions du présent article, les entreprises s'exposent pour elles-mêmes et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime à un redressement fiscal et/ou social.

Article 3.2

Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

En application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à la garantie « frais de santé » :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment les salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

En application de la législation en vigueur, aucun autre cas de dispense ne pourra être accordé.

Article 3.3

Modalités de mise en œuvre des dispenses

Pour l'application des cas de dispenses de l'article 3.2, l'employeur devra se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés demandant une dispense d'affiliation.

Cet écrit précise obligatoirement leur refus d'adhésion et le motif exact de ce refus parmi les cas listés à l'article 3.2 et sera accompagné de tous les justificatifs nécessaires.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie « frais de santé ».

Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'adhérer et de cotiser à la garantie « frais de santé » lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 3.4

Cas particuliers de bénéficiaires à titre gratuit

Les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation (part employeur comme salarié) par la solidarité du régime professionnel de santé conformément au 1° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Son financement est assuré par la solidarité du régime (art. 10).

Article 3.5

Autres bénéficiaires

Les ayants droit du salarié (tels que définis ci-dessous) ont accès, auprès de l'organisme recommandé par les partenaires sociaux, à des extensions facultatives souscrites individuellement par chaque salarié.

Les entreprises pourront également faire le choix, auprès de l'organisme recommandé, de couvrir le salarié et sa famille à titre obligatoire.

a) Lorsque seule l'adhésion du salarié est obligatoire, les salariés peuvent étendre la couverture de la garantie santé dont ils bénéficient :

- à leur conjoint, concubin ou pacsé (tels que définis ci-dessous) ; et/ou
- à leur(s) enfant(s) à charge (tels que définis ci-dessous).

b) Lorsque l'adhésion du salarié et de sa famille est obligatoire, la couverture de la garantie santé bénéficie à l'ensemble de ses ayants droit.

Sont ayants droit du salarié bénéficiaire à titre obligatoire :

- le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le participant. conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ;
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du participant :
 - les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi ;
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel ;
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être âgés de moins de 28 ans, être non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ;
 - les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Article 4

Garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé, établis respectivement aux articles 4.1, 4.2 et 4.3.

Les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 4.1.2.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le participant de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + garantie assistance + actes de prévention).

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord.

Garanties internes supérieures aux garanties prévues dans la base obligatoire conventionnelle

Les entreprises pourront souscrire librement à des niveaux de prestation supérieurs à ceux détaillés ci-après. Dans cette hypothèse, l'entreprise veillera à procéder à la formalisation juridique nécessaire.

A ce titre, au-delà du régime de base obligatoire couvrant le seul salarié, l'entreprise a notamment la possibilité de souscrire à une option facultative permettant aux salariés d'améliorer les prestations du régime de base.

Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès de l'organisme recommandé à l'article 8.1.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire.

En cas d'adhésion collective facultative, les modalités de souscription de l'option (passage de la base à l'option, de l'option à la base...) sont définies contractuellement auprès de l'organisme d'assurance.

Ouverture des droits aux garanties du régime professionnel de santé

Concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'extension familiale, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

Lorsque l'adhésion du salarié et de sa famille est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts :

- à la même date que ceux du salarié ;
- à la date de l'événement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille.

Article 4.1

Garantie frais de santé du régime professionnel de santé

Article 4.1.1

Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale, hormis pour la garantie optique.

	BASE OBLIGATOIRE RPS	OPTION (sous déduction du régime de base)
Hospitalisation (*)		
Frais de séjour conventionné ou non	100 % de la BR	200 % de la BR
Honoraires conventionnés ou non, facturés par un médecin adhérent au CAS (**)	100 % de la BR	200 % de la BR
Honoraires conventionnés ou non, facturés par un médecin non adhérent au CAS (**)	100 % de la BR	175 % de la BR
Forfait hospitalier (y compris actes lourds pratiqués dans un cabinet de ville ou centre de santé)	100 % des FR	100 % des FR

	BASE OBLIGATOIRE RPS	OPTION (sous déduction du régime de base)
Chambre particulière, y compris maternité (par jour)	30 €	60 €
Lit accompagnant (– de 12 ans), par jour	25 €	25 €
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
Soins courants (*)		
Consultations, visites généralistes	100 % de la BR	100 % de la BR
Consultations, visites spécialistes adhérents au CAS (**), à l'exception des psychiatres, neuropsychiatres, neurologues	125 % de la BR	200 % de la BR
Consultations, visites spécialistes non adhérents au CAS (**), à l'exception des psychiatres, neuropsychiatres, neurologues	100 % de la BR	175 % de la BR
Actes techniques médicaux	100 % de la BR	100 % de la BR
Psychiatre, neuropsychiatre, neurologue	100 % de la BR	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	100 % de la BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie, analyse et examens de laboratoire adhérent au CAS (**)	100 % de la BR	150 % de la BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie, analyse et examens de laboratoire non adhérent au CAS (**)	100 % de la BR	125 % de la BR
Pharmacie (*)		
Pharmacie prise en charge par la sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
Dentaire (*)		
Soins dentaires (y compris endodontie, prophylaxie, détartrage, inlay-onlay, parodontologie) remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	125 % de la BR	200 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale :		
Couronne	140 % de la BR	350 % de la BR
Inlay-core/inlay-core à clavettes	125 % de la BR	125 % de la BR
Appareil dentaire 1 à 3 dents	125 % de la BR	200 % de la BR
Appareil dentaire complet (14 dents)	125 % de la BR	200 % de la BR
Bridge de 3 éléments	140 % de la BR	350 % de la BR
Prothèses (couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse) non remboursées par la sécurité sociale (par prothèse dans la limite de 3 par an)	100 €	300 €

	BASE OBLIGATOIRE RPS	OPTION (sous déduction du régime de base)
Implants refusés par la sécurité sociale (par an et par personne)	–	350 €
Optique (*) (postes limités à 1 équipement tous les 2 ans, sauf évolution de la vision ou enfant mineur (**))		
Lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale	100 € par an	200 € par an
Équipement optique moins de 18 ans (verres et monture)	200 €	250 €
Plus de 18 ans :		
Verres unifocaux 0 à 4 sphères	55 € par verre	65 € par verre
Verres unifocaux 4,25 à 6 sphères	55 € par verre	85 € par verre
Verres unifocaux 6,25 à 8 sphères	65 € par verre	105 € par verre
Verres unifocaux de plus de 8 sphères	75 € par verre	125 € par verre
Verres multifocaux 0 à 4 sphères	75 € par verre	125 € par verre
Verres multifocaux 4,25 à 6 sphères	85 € par verre	145 € par verre
Verres multifocaux 6,25 à 8 sphères	95 € par verre	165 € par verre
Verres multifocaux de plus de 8 sphères	105 € par verre	185 € par verre
Monture	70 €	100 €
Autres actes		
Prothèses médicales, orthopédiques et auditives	100 % de la BR	150 % de la BR
Ostéopathie	–	Forfait de 4 séances à 25 € par an
FR : frais réels. BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstituée pour actes non acceptés). (*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables. (**) 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. (***) L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vision médicalement constaté. Cette limitation n'est pas applicable pour les enfants mineurs qui bénéficient d'un équipement tous les ans. La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €.		

Article 4.1.2

Limites et exclusions de garanties

La garantie santé du régime professionnel de santé telle que définie précédemment ne s'applique pas dans les deux cas suivants :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne donnent pas lieu à garanties ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

En outre, sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau de garanties.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 4.2

Actes de prévention du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention définis dans le tableau ci-dessous.

	BASE OBLIGATOIRE RPS	OPTION
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	Oui	Oui
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	Oui	Oui
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de 14 ans)	Oui	Oui
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	Oui	Oui
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes prévus : – audiométrie tonale ou vocale – audiométrie tonale avec tympanométrie – audiométrie vocale dans le bruit – audiométrie tonale ou vocale – audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie	Oui	Oui
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limité aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	Oui	Oui
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) <i>Haemophilus influenzae</i> B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	Oui	Oui

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche, le régime professionnel de santé met en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 10 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel de santé.

Article 4.3

Garantie assistance santé du régime professionnel de santé

Chaque bénéficiaire du régime professionnel de santé bénéficie d'une garantie dite « assistance santé », notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès, dont les conditions sont définies contractuellement par l'organisme assureur recommandé à l'article 8.1.

Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

Article 5

Maintien et conditions de suspension des garanties du régime professionnel de santé

Article 5.1

Maintien des garanties du régime professionnel de santé dans le cadre de la portabilité

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 (dispositif appelé « portabilité santé ») dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

- 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 de l'assurance 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 un même employeur.

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

- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'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 ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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'employeur 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 l'ancien salarié 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 du 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.

Article 5.2

Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou aux ayants droit

Article 5.2.1

Bénéficiaires de ce maintien

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

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations 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 personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Article 5.2.2

Conditions de ce maintien

Les taux de cotisation des bénéficiaires visés à l'article ci-dessus sont définis au point 1 de l'article 6.1 du présent accord.

Une partie des bénéficiaires voient leur cotisation réduite par rapport aux prescriptions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé telle que définie à l'article 10.

Sous réserve d'être informé, par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité santé exposé à l'article 5.1, ou du décès du salarié.

Les intéressés peuvent en faire directement la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l'issue de la période de portabilité santé telle que mentionnée à l'article 5.1.

Par ailleurs, les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.3

Conditions de maintien des garanties du régime professionnel de santé en cas de suspension du contrat de travail

Article 5.3.1

Suspension des garanties du régime professionnel de santé

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Article 5.3.2

Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes (salariales et patronales).

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires du point 2 de l'article 6.1.

Article 6

Cotisations

Article 6.1

Taux de cotisation du régime professionnel de santé

La cotisation des salariés diffère en fonction de leur régime d'affiliation :

- soit ils relèvent du régime général d'assurance maladie ;
- soit ils relèvent du régime local d'Alsace-Moselle.

Afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions, les cotisations des salariés bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle sont réduites en conséquence.

1. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé (incluant le financement de la portabilité santé défini à l'article 5.1), exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, est égale à :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Base minimum conventionnelle	Option	Base minimum conventionnelle	Option
Salarié seul en obligatoire	0,90	+ 0,52	0,45	+ 0,52
Extension facultative conjoint	+ 1,03	+ 0,59	+ 0,52	+ 0,59
Extension facultative enfant (*)	+ 0,66	+ 0,25	+ 0,33	+ 0,25
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.				

Cinquante pour cent de la cotisation du salarié seul sont pris en charge par l'employeur sur la « base minimum conventionnelle ».

La cotisation dite « option » s'ajoute à la cotisation de la base minimum conventionnelle obligatoire, elle peut être :

- soit à la charge exclusive du salarié ;
- soit répartie entre l'employeur et le salarié conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

S'il le souhaite et à sa charge exclusive, le salarié peut étendre le bénéfice du régime professionnel aux membres de sa famille en souscrivant aux extensions facultatives pour le même niveau de garantie dont il bénéficie : soit la « base minimum conventionnelle », soit l'« option ». La cotisation mentionnée s'ajoute à sa cotisation.

L'entreprise peut également choisir de faire bénéficier des garanties du régime professionnel de santé l'ensemble de la famille du salarié à titre obligatoire selon l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise. Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Base minimum conventionnelle	Option	Base minimum conventionnelle	Option
Famille en obligatoire	1,97	+ 1,05	0,99	+ 1,05

Cinquante pour cent de la cotisation du salarié seul sont pris en charge par l'employeur sur la « base minimum conventionnelle ».

La cotisation dite « option » s'ajoute à la cotisation de la base minimum conventionnelle obligatoire, elle peut être :

- soit à la charge exclusive du salarié adhérent ;
- soit répartie entre l'employeur et le salarié conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

2. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par les articles 5.2.1 et 5.3 est égale à :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Base minimum conventionnelle	Option	Base minimum conventionnelle	Option
Salarié en suspension de contrat de travail non rémunéré	0,90	+ 0,52	0,45	+ 0,52
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'incapacité ou en préretraite	1,17	+ 0,68	0,59	+ 0,68
Personnes privées d'emploi bénéficiaires ou non d'un revenu de remplacement	1,04	+ 0,68	0,52	+ 0,68
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite	1,35	+ 0,68	0,68	+ 0,68
Extension conjoint, conjoint de salarié décédé	+ 1,04	+ 0,68	+ 0,52	+ 0,68
Extension enfant, enfant de salarié décédé	+ 0,66	+ 0,25	+ 0,33	+ 0,25

Les cotisations susmentionnées sont à la charge des personnes souhaitant bénéficier du maintien des garanties du régime. Elles peuvent bénéficier auprès de l'organisme recommandé d'un financement au titre de la solidarité du régime professionnel de santé.

3. Maintien des taux de cotisation

Les taux de cotisation du présent article sont maintenus pour une durée de 3 années, hormis en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou de désengagement de la sécurité sociale venant modifier les conditions d'équilibre du régime professionnel de santé.

A l'issue, les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire dans les limites prévues par la loi.

Article 6.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article 7

Règles relatives à l'instauration du régime professionnel de santé en fonction de la situation de l'entreprise

Tous les salariés compris dans le cadre collectif défini à l'article 3 doivent, à la date du 1^{er} janvier 2016, bénéficier des garanties prévues à l'article 4.

A cet effet, toutes les entreprises sont tenues d'adhérer au plus tard le 1^{er} janvier 2016 à un organisme d'assurance (mentionné à l'article 1^{er} de la loi du 31 décembre 1989) pour se conformer aux obligations du présent régime professionnel, qui entre en vigueur à cette date.

Le choix de l'organisme recommandé visé à l'article 8.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, maintiens, droits non contributifs...

L'entreprise rejoignant l'organisme recommandé est affiliée pour toute la durée de la recommandation du régime professionnel de santé définie à l'article 8.2, et ce conformément à l'alinéa 2 de l'article L. 932-12 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises n'ayant pas rejoint l'organisme recommandé ne peuvent changer d'assureur ni modifier le contrat couvrant les salariés que dans le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur et sous réserve de satisfaire aux vérifications visés à l'article 11.

Article 7.1

Cas de l'entreprise n'ayant pas mis en place de garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

Lorsque aucune garantie santé n'a été mise en place dans l'entreprise avant le 1^{er} janvier 2016, l'employeur a l'obligation de mettre en place un régime respectant, *a minima*, l'ensemble des prescriptions du régime professionnel de santé instauré par le présent accord, au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Il devra notamment veiller, auprès de l'organisme d'assurance de son choix, à ce que :

- chaque garantie interne à l'entreprise soit supérieure ou égale aux garanties du régime professionnel de santé ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale à 50 % de la cotisation du régime professionnel de santé « base minimum conventionnelle obligatoire » pour le salarié seul ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 10 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques ;
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties y compris pour les anciens salariés soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

Article 7.2

Cas de l'entreprise ayant mis en place une garantie santé avant le 1^{er} janvier 2016

En présence d'une couverture santé antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé.

A ce titre, il devra notamment veiller à ce que :

- chaque garantie interne à l'entreprise soit supérieure ou égale aux garanties du régime professionnel de santé ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale à 50 % de la cotisation du régime professionnel de santé « base minimum conventionnelle obligatoire » pour le salarié seul ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 10 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques ;
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties y compris pour les anciens salariés soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

Article 8

Mutualisation professionnelle

Article 8.1

Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est l'institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale : Humanis Prévoyance (institution membre d'ADEIS), dont le siège social est à Paris (75116), 7, rue de Magdebourg.

L'organisme recommandé est chargé de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment les conséquences suivantes :

- il s'oblige à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie ;
- il s'interdit de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

L'organisme recommandé est mandaté par les partenaires sociaux pour contrôler l'application du régime professionnel de la branche dans les conditions définies à l'article 11 du présent accord.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès d'Humanis Prévoyance, dès le dépôt légal du présent accord, la garantie frais de santé conforme aux prescriptions du régime professionnel de la branche.

Humanis Prévoyance est choisie pour gérer, pour les entreprises ayant adhéré auprès d'elle, sur délégation des partenaires sociaux, le fonds de solidarité défini à l'article 10.2.

Article 8.2

Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

L'organisme est recommandé pour une durée de 5 ans. Cependant, le choix de l'organisme recommandé peut être modifié par la commission paritaire de surveillance, à la majorité de ses membres,

tous les ans au 1^{er} janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont au réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 5 ans à partir de l'entrée en vigueur du régime professionnel de santé au 1^{er} janvier 2016.

Article 8.3

Comptes de résultat et rapport annuel

Chaque année, au plus tard le 31 mai, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de la commission paritaire les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent ainsi que, d'une manière générale, tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

Une fois les comptes approuvés, la commission paritaire propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

L'organisme recommandé produit également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre, prévu par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 9

Commission paritaire de surveillance

Il est institué au sein de la profession une commission paritaire de surveillance du régime professionnel de santé composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative des salariés et d'autant de membres représentant le collège patronal, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La commission paritaire de surveillance exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire nationale, qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La présidence de cette commission et la fonction de secrétaire sont assurées par le président de la commission paritaire nationale ou par un représentant désigné par lui pour le remplacer.

La commission paritaire de surveillance définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.

Article 9.1

Rôle de la commission paritaire de surveillance

La commission paritaire de surveillance a notamment pour rôle :

- l'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime professionnel de santé ainsi que ses dispositions contractuelles ;
- l'étude de l'évolution de la garantie santé et des conditions de maintien de celle-ci ;
- l'examen des comptes de résultat et du bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix de l'organisme paritaire recommandé ;
- la négociation avec l'organisme paritaire recommandé, notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;

- l'étude pour favoriser l'accès des entreprises adhérentes à la branche professionnelle ;
- l'étude des statistiques demandées à l'organisme recommandé pour la qualité de service et la gestion ;
- la décision d'affectation pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- le pilotage et la définition du degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé mis en œuvre par l'organisme paritaire recommandé ;
- l'éventuelle étude des cas sociaux difficiles.

Pour toutes ces tâches, la commission paritaire de surveillance peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

Article 9.2

Réunions

La commission paritaire se réunit au minimum deux fois par an, sur convocation du président ou à la demande des organisations syndicales signataires de l'accord, les décisions se prenant à la majorité des voix.

Article 10

Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés et ayants droit de la branche professionnelle le bénéfice d'une action sociale dite institutionnelle, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

Elle est mise en œuvre et financée par l'organisme en charge de l'assurance du régime de l'entreprise.

Au-delà de l'action sociale institutionnelle, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel de santé, est mis en œuvre.

Article 10.1

Actions de solidarité spécifiques

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit :

- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute (comme définie au sein de l'article 3) ;
- le bénéfice de conditions tarifaires plus favorables que les prescriptions légales pour les anciens salariés non retraités bénéficiaires de la structure d'accueil au titre de la loi Evin, comme défini à l'article 5 ;
- l'élargissement de la structure d'accueil précédemment décrite aux salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement et aux salariés en suspension de contrat de travail non rémunérés tel que le prévoit l'article 5 ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés.

Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité et comportements en termes de consommation médicale ;

- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
 - à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

Article 10.2

Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies à l'article 6 versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi l'organisme assureur recommandé à l'article 8.1.

Il garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 10.1.

Le fonds de solidarité bénéficie aux seules entreprises ayant rejoint l'organisme assureur recommandé, à charge pour les autres entreprises de veiller au respect des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé RPS, notamment auprès de leur organisme assureur.

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultat définis à l'article 8.3, sur décision annuelle de la commission paritaire de surveillance après concertation avec l'organisme assureur recommandé.

Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre notamment :

- la mise à disposition de moyens humains et matériels par l'organisme pour la gestion du fonds mis à disposition de la commission paritaire ;
- de déterminer les modalités et notamment les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidées par les partenaires sociaux de la branche ;
- la réalisation de la politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salarié de la branche et de prévention dans le respect de la solidarité du régime professionnel de santé déterminée à l'article 10.1.

Article 11

Application du régime professionnel de santé

L'organisme recommandé par les partenaires sociaux à l'article 8.1 est mandaté par le présent accord pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires afin de garantir l'application du régime professionnel aux salariés et entreprises de la branche.

Il est habilité, sous le contrôle de la commission paritaire de surveillance définie à l'article 9, à vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie santé frais de santé auprès de lui à la date du 1^{er} janvier 2016. Il peut notamment leur demander :

- tous justificatifs relatifs à la situation des entreprises qui composent un groupe ;
- tous justificatifs relatifs à la situation des établissements d'une entreprise ;
- la remise des notices d'information relatives à la nature des garanties et aux modalités de couverture des bénéficiaires ;
- le cas échéant, la production d'une copie de l'accord collectif, de l'accord référendaire ou de la décision unilatérale tels que visés par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- la production de tout justificatif attestant de la mise en œuvre du degré élevé de solidarité mis en œuvre par l'article 10.

L'organisme recommandé peut délivrer une mise en demeure :

1. D'adresser les justificatifs demandés dans le délai qu'il fixe ;
2. De régulariser une situation non conforme aux prescriptions du présent accord.

La commission paritaire de surveillance est tenue informée des mises en demeure et des suites données par les entreprises défaillantes. Le cas échéant, les organismes assureurs ayant en porte-

feuille des contrats non conformes aux prescriptions du présent accord sont tenus informés des mises en demeure adressées à leurs clients.

Lorsqu'une mise en demeure n'est pas suivie d'effet au terme du délai imparti, l'organisme recommandé est fondé, sur décision de la commission paritaire de surveillance, à intenter toute action en justice en vue d'obtenir l'exécution du présent accord par application des articles L. 2261-15 et L. 2262-1 du code du travail, sans préjudice des actions que les organisations signataires peuvent exercer concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession par application de l'article L. 2132-3 du même code.

Les organisations professionnelles et syndicales de salariés liées par le présent accord ainsi que leurs membres adhérents sont fondés à obtenir en justice l'exécution du présent accord conformément aux articles L. 2262-4 et L. 2262-9 et suivants du code du travail.

Article 12

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans maximum.

Article 13

Entrée en vigueur

Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 14

Notification. – Dépôt. – Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et, à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 3 juin 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNEFCCA.

Syndicats de salariés :

FM CFE-CGC ;

FGMM CFDT ;

FNSM CFTC ;

FCM FO ;

FTM CGT.