

Brochure n° 3271

Convention collective nationale
IDCC : 1631. – HÔTELLERIE DE PLEIN AIR

ACCORD DU 3 JUILLET 2015
RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ
NOR : ASET1550778M
IDCC : 1631

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les représentants des organisations professionnelles et syndicales représentatives de salariés, réunies en commission mixte paritaire, ont décidé de mettre en place, par accord collectif, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux salariés et aux entreprises dont l'activité principale relève du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective nationale de l'hôtellerie de plein air du 2 juin 1993 (IDCC 1631), tel que défini à l'article 1.1 modifié par l'avenant n° 3 du 25 octobre 1995 étendu.

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif de couverture des frais de santé.

Ce régime de frais de santé comporte les éléments suivants :

- une couverture frais de santé à adhésion obligatoire destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dénommée couverture du socle obligatoire ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Conformément à l'article L. 2253-3 du code du travail, le présent accord ne peut faire l'objet d'aucune dérogation par voie d'accord collectif d'entreprise.

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, tout en privilégiant la voie de l'accord d'entreprise lorsque cela est possible.

Par ailleurs, lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans l'entreprise antérieurement au 1^{er} janvier 2016, lorsqu'elles sont en tout ou partie moins favorables, les stipulations de ce dernier devront être adaptées en conséquence à la date du 1^{er} janvier 2016, conformément aux dispositions de l'article L. 2253-2 du code du travail et dans le respect des dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article L. 2253-3 du code du travail.

Le pilotage du régime obéit aux principes d'une gestion paritaire qui donne aux partenaires sociaux le pouvoir de définir en permanence le meilleur rapport entre les prestations et les cotisations, les meilleures conditions de mutualisation des garanties, le respect de l'équilibre entre l'ensemble des bénéficiaires et les conditions du haut degré de solidarité voulu par les signataires.

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, chaque entreprise relevant du champ d'application du présent accord a l'obligation de mettre en œuvre l'intégralité du présent régime de couverture des frais de santé et doit à cet effet adhérer à l'organisme assureur recommandé à l'article 11 ou contracter avec tout autre assureur de son choix, qui s'engage alors à mettre en œuvre l'intégralité du présent régime, y compris le respect de toutes les dispositions relatives au haut degré de solidarité prévu par l'article 9 ci-après.

Chaque assureur devra faire expressément référence, dans le contrat proposé à l'entreprise, au présent accord et à ses avenants futurs.

Par conséquent, les parties signataires précisent formellement que les dispositions du présent accord et de ses avenants éventuels sont opposables à tout assureur ayant accepté de couvrir les salariés visés à l'article 3 au titre du présent accord.

Les entreprises de la branche ainsi que leurs salariés et anciens salariés pourront directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès de tout assureur concerné pour poursuivre l'exécution de ses obligations. De même, tout assureur pourra réciproquement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès des entreprises ainsi que des salariés et anciens salariés de la branche pour poursuivre l'exécution de leurs obligations.

Chaque assureur s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord dans un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés visés à l'article 3.

COUVERTURE DU SOCLE OBLIGATOIRE

Les entreprises doivent couvrir *a minima*, selon les modalités fixées par l'article 3, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, définie à l'article 4.

Les entreprises visées à l'article 2 doivent en outre satisfaire à la répartition du financement employeur/salarié mentionnée à l'article 6.

Article 3

Périmètre des bénéficiaires

3.1. Caractère collectif

La couverture du socle obligatoire bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises visées à l'article 1^{er} sans sélection médicale.

3.2. Caractère obligatoire

Tous les salariés concernés relevant d'une ou de plusieurs entreprises visées à l'article 1^{er} bénéficient obligatoirement de la couverture du socle obligatoire, acte par acte, à compter de leur date d'embauche.

Le caractère obligatoire résulte de la signature du présent accord. Il s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne pourront pas s'opposer, le cas échéant, au précompte de leur quote-part de cotisation.

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés, toutes les dispenses d'adhésion prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sont retenues, à l'exception de celle prévue pour les salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (cf. arrêté ministériel du 26 mars 2012).

Peuvent donc se dispenser d'adhésion, en fournissant les justificatifs correspondants :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, sous réserve qu'ils produisent un document attestant qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé pour le même type de garanties ;

2. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une 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 frais de santé souscrite par ailleurs ;

3. Les salariés bénéficiaires à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

4. Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dans ces cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. La demande de dispense doit être accompagnée d'un justificatif ;

5. Les salariés bénéficiaires couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime institué par le présent accord ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Si le contrat comporte une clause à renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;

6. Les salariés qui bénéficient par ailleurs, au titre d'une adhésion obligatoire auprès d'un autre employeur ou en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs suivants :

- a) Dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (régime collectif et obligatoire) ;
- b) Dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- c) Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- d) Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- e) Dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Il appartiendra aux salariés de justifier annuellement de cette dispense.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Les salariés concernés devront solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord ou l'embauche du salarié concerné si elle est postérieure à cette mise en place. A défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion à la couverture du socle obligatoire. Cette adhésion prendra alors effet le premier jour du mois suivant la demande et sera alors irrévocable pendant 2 ans.

3.3. Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants droit du salarié

Les ayants droit du salarié peuvent adhérer à la couverture du socle obligatoire par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Par ayants droit du salarié, il convient d'entendre :

1. Le conjoint non divorcé ni séparé de corps judiciairement du salarié.

Sont assimilés au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
 - le concubin à charge au sens de la sécurité sociale ;
 - le concubin bénéficiant à titre personnel d'un régime de sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés...) sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun. Le concubinage doit répondre à la définition posée par l'article 515-8 du code civil.
2. Les enfants à charge du salarié et, s'ils vivent au foyer, ceux à charge de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou ceux de son concubin :
- à charge au sens de la sécurité sociale et âgés de moins de 21 ans (cf. art. L. 313-3, 2°, du code de la sécurité sociale) ;
 - âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
 - âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
 - âgés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'assurance chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) avant leur 21^e anniversaire.

Article 4

Prestations obligatoires minimales

Les prestations de la couverture du socle obligatoire devant bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié sont mentionnées dans l'annexe jointe au présent accord.

COUVERTURES OPTIONNELLES

Deux contrats optionnels proposant des améliorations de garanties au-delà du régime minimum obligatoire conventionnel sont proposés aux entreprises.

Les entreprises pourront souscrire librement à ces contrats optionnels soit dans le cadre d'une adhésion collective à titre facultatif, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire pour l'ensemble des salariés déjà couverts au titre du régime minimum de la branche.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives.

Dans le cas des adhésions à titre facultatif, le surcoût de cotisation est à la charge exclusive du salarié.

DISPOSITIONS COMMUNES À LA COUVERTURE DU SOCLE DE GARANTIES OBLIGATOIRES ET AUX COUVERTURES DE GARANTIES OPTIONNELLES

Article 5

Contrat responsable

La couverture du socle obligatoire est mise en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 242-1, alinéas 6 et 8 du code de la sécurité sociale, et 83 1° *quater* du code général des impôts.

Le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat « responsable » conformément aux articles L. 322-2, II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'arrêté interministériel du 8 juin 2006. Il sera adapté en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative, afin de rester conforme au caractère responsable.

Article 6

Cotisations et répartition

6.1. Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé, devront respecter une prise en charge minimum à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de l'entreprise par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

6.2. Modalités concernant les cotisations

Les salariés acquittent obligatoirement leur quote-part de la cotisation « salarié », prévue dans le tableau ci-après, dont le montant ne peut excéder 50 %.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le présent accord, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives.

Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

La cotisation obligatoire et les cotisations facultatives « enfants » et « conjoint » sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé :

Régime général d'assurance maladie

(En pourcentage.)

STRUCTURE DE COTISATION régime général	COTISATION ACTIFS
Salarié	0,86 du PMSS
Conjoint	0,99 du PMSS
Enfant	0,65 du PMSS

Régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

STRUCTURE DE COTISATION régime local Alsace-Moselle	COTISATION ACTIFS
Salarié	0,35 du PMSS
Conjoint	0,40 du PMSS
Enfant	0,27 du PMSS

Un maintien des taux de cotisation sur 2 ans est prévu, hors modifications réglementaires ou législatives, hors désengagement de la sécurité sociale.

Les cotisations ci-dessus prennent en compte la gratuité à partir du 3^e enfant affilié.

Article 7

Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, à l'une des couvertures optionnelles est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Le bénéfice des garanties est en revanche suspendu pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération ou indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus (congé parental, congé sabbatique, congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, etc.).

Dans ce cas-là, le salarié pourra demander le bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Article 8

Rupture du contrat de travail. – Portabilité

8.1. Maintien temporaire de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, au titre de l'une des couvertures optionnelles bénéficient du maintien à titre gratuit, c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation, de ces couvertures 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, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, notamment :

1. Le maintien de la couverture 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 nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2. Le bénéfice du maintien de la couverture 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 au titre du présent accord ;

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 ;

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.

8.2. Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin » élargi au bénéfice des ayants droit

L'organisme assureur recommandé propose en premier lieu une couverture frais de santé identique, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement les ayants droit au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article 8.1.

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 une 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 de maintien des garanties au titre de la portabilité ou du décès du salarié.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur choisi dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties visé à l'article 8.1.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale de 1 an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

Les résultats techniques afférents à ces maintiens à l'identique seront présentés à la commission de suivi du régime de couverture des frais de santé.

Dans l'éventualité où l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier d'un maintien à l'identique, des formules dites d'accueil standard lui seront proposées par l'organisme assureur choisi.

Cotisations prévues pour le maintien d'une couverture individuelle
identique à la couverture obligatoire

Régime général d'assurance maladie

(En pourcentage.)

CONTRATS FACULTATIFS PROPOSÉS en sortie du contrat collectif régime général	COTISATION PAR PERSONNE protégée
Salarié sous contrat de travail suspendu	0,86 du PMSS
Invalide	1,12 du PMSS
Licencié, préretraité, conjoint d'un salarié décédé	0,99 du PMSS
Retraité	1,29 du PMSS
Enfant	0,65 du PMSS

Régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

CONTRATS FACULTATIFS PROPOSÉS en sortie du contrat collectif régime local Alsace-Moselle	COTISATION PAR PERSONNE protégée
Salarié sous contrat de travail suspendu	0,35 du PMSS
Invalide	0,46 du PMSS
Licencié, préretraité, conjoint d'un salarié décédé	0,40 du PMSS
Retraité	0,53 du PMSS
Enfant	0,27 du PMSS

Un maintien des taux de cotisation sur 2 ans est prévu, hors modifications réglementaires ou législatives, hors désengagement de la sécurité sociale.

Les cotisations ci-dessus prennent en compte la gratuité à partir du 3^e enfant affilié.

Cas des saisonniers au cours de l'intersaison :

Le saisonnier peut bénéficier de la portabilité des droits prévue par l'article 8.1 à l'issue de sa saison. Au terme de la période de maintien des droits au titre de la portabilité des garanties, les saisonniers peuvent maintenir leur couverture au cours de l'intersaison, en souscrivant un contrat individuel prévoyant le maintien de garanties identiques à celles dont ils bénéficiaient en tant que salarié, et au tarif prévu ci-dessus pour les « licenciés ».

L'ancien salarié saisonnier bénéficie de ce maintien moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation à sa charge exclusive.

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1, I, du code de la sécurité sociale, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Les entreprises visées à l'article 1^{er} devront respecter les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité définies ci-après.

Article 9

Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

9.1. Montant des cotisations affecté au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations acquittées par les employeurs et les salariés, affecté au financement de dispositions et de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Tous les salariés visés à l'article 3 ci-dessus bénéficient de l'ensemble de ces mesures, quel que soit l'assureur auprès duquel leur employeur aura adhéré pour la couverture des obligations découlant du présent accord.

9.2. Actions prioritaires de la branche

Les signataires du présent accord confient à la commission de suivi le soin de déterminer les actions de prévention concernant la pénibilité au travail dans le secteur de l'hôtellerie de plein air.

Dans ce cadre, les parties conviennent d'entreprendre une démarche de diagnostic auprès des entreprises de la branche, afin de déterminer un plan d'action.

Les entreprises non adhérentes à l'organisme recommandé à l'article 11 ci-après devront également prévoir la mise en œuvre d'actions de prévention au sein des régimes mis en place à leur niveau. Ainsi, tout contrat d'assurance souscrit par une entreprise pour la couverture du présent régime doit impérativement prévoir et identifier le versement d'une contribution de 2 % des cotisations, affectée au financement des actions prévues par le présent accord en matière de solidarité et de prévention.

Les partenaires sociaux signataires du présent accord donnent mandat à l'organisme recommandé ci-après pour vérifier la mise en œuvre des présentes dispositions. Pour ce faire, les entreprises seront tenues de lui fournir, si la demande leur est faite, une copie du contrat d'assurance qu'elles ont souscrit pour la couverture des obligations du présent régime, qui devra mentionner l'application des présentes dispositions obligatoires en matière de solidarité et de prévention.

PILOTAGE DU RÉGIME ET ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDÉ

Article 10

Suivi du régime complémentaire frais de santé

Le suivi du régime de complémentaire santé est assuré par la commission paritaire nationale de frais de santé.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 11

Organisme assureur recommandé

A l'issue d'une procédure d'appel formalisé à la concurrence telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises relevant de la branche d'adhérer, pour l'assurance et la gestion de la couverture du présent régime « frais de santé », à l'organisme assureur suivant :

- Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est sis au 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 12

Effet et durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

L'accord pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

Article 13

Dépôt et extension

Le présent accord est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail et fera l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions des articles L. 2261-15 du code du travail et L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 3 juillet 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FNHPA.

Syndicats de salariés :

CGT ;

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

INOVA CFE-CGC.

ANNEXE I

GARANTIES SANTÉ. – RÉGIME GÉNÉRAL À ADHÉSION OBLIGATOIRE

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS, qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	
Hospitalisation chirurgicale et médicale, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ^[1])	
Honoraires, signataires CAS	125 % de la BR
Honoraires, non signataires CAS	100 % de la BR
Frais de séjour	100 % de la BR
Chambre particulière	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	
Forfait hospitalier	100 % des FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Soins de ville (secteur conventionné et non conventionné ^[1])	
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, signataires CAS	125 % de la BR
Consultations et visites, généralistes et spécialistes, non signataires CAS	100 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, signataires CAS	125 % de la BR
Petite chirurgie et actes de spécialité, non signataires CAS	100 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, signataires CAS	125 % de la BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie, non signataires CAS	100 % de la BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
Prothèses auditives, piles et entretien de la prothèse remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BR
Autre appareillage remboursé par la sécurité sociale	100 % de la BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale (hors pharmacie remboursée à 15 %)	100 % de la BR
Transport	
Transport remboursé par la sécurité sociale	100 % de la BR
Frais dentaires	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % de la BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BR

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS, qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale)	
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale Vaccin antigrippal Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾	Pris en charge
<p>(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p> <p>CAS : contrat d'accès aux soins.</p> <p>FR : frais réels.</p> <p>MR : montant remboursé par la sécurité sociale.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année.</p> <p>SS : sécurité sociale.</p>	