

Brochure n° 3308

Convention collective nationale

IDCC : 2270. – **UNIVERSITÉS ET INSTITUTS CATHOLIQUES**

ACCORD DU 8 JUILLET 2015

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550868M

IDCC : 2270

PRÉAMBULE

Conformément aux dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, transposant l'ANI du 11 janvier 2013 (art. 1^{er}), les organisations syndicales et patronales de l'association des employeurs des universités catholiques ont engagé des négociations sur la généralisation de la couverture complémentaire santé, le 6 février 2015. La première date de réunion de négociation initialement prévue le 23 janvier 2015 a été retardée, en raison des incertitudes du contexte réglementaire et du retard pris dans la publication des décrets d'application de la loi.

Les signataires du présent accord décident en conséquence d'un accord-cadre en rendant obligatoire une couverture collective complémentaire santé dans tous les établissements et en assurant un seuil minimal conventionnel de garanties dans la branche.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux salariés exerçant leur activité dans les établissements couverts par la convention collective nationale des instituts et universités catholiques de France révisée par l'avenant de mise en conformité du 21 décembre 2010.

Article 2

Respect des critères de responsabilité

Les contrats d'assurance complémentaire santé mis en place dans les établissements de l'association doivent s'inscrire dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits « responsables » et « solidaires » définis par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 et ses différents décrets d'application et notamment le décret du 18 novembre 2014 qui institue le nouveau cahier des charges du contrat responsable.

Dans le cadre d'un contrat donnant la possibilité de souscrire des options, le critère de responsabilité doit être regardé pour l'ensemble des garanties souscrites dans ce contrat (base + options).

Article 3

Définition et contenu des garanties minimales

La couverture « frais de santé » a pour objet d'assurer le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié participant, en complétant, acte par acte, les prestations

versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés. Les parties signataires à l'accord conviennent des prestations minimales (nature et niveau).

Les prestations minimales garanties telles que prévues par le tableau ci-dessous peuvent être améliorées par les établissements ainsi que le choix d'une ou de plusieurs options, dans la limite des conditions fixées par les contrats responsables et solidaires.

La possibilité est également laissée aux établissements de prévoir pour les salariés une extension famille de ce régime obligatoire, ou de souscrire à une sur complémentaire individuelle qui viendra compléter le régime de base obligatoire.

Les parties signataires souhaitent la proposition par les organismes assureurs aux salariés d'un accès à un réseau optique et/ou dentaire, pour permettre un accès facilité aux soins et limiter le reste à charge aux salariés.

Grille de prestations contrat responsable dans le cadre du parcours de soins coordonné

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT ORGANISME ASSUREUR
Soins médicaux courants	
Praticiens conventionnés signataires CAS	100 % BR-SS
Praticiens conventionnés non signataires CAS	100 % BR-SS
Praticiens non conventionnés	100 % BR-SS
Auxiliaires médicaux, analyses médicales, transport médical	100 % BR-SS
Médicaments	
Pharmacie à 65 %, 30 % ou 15 %	100 % BR-SS
Hospitalisation	
Frais de séjour	100 % BR-SS
Chambre individuelle (sans limitation de durée)	50 € par jour
Honoraires médicaux et chirurgicaux signataires CAS	100 % BR-SS
Honoraires médicaux et chirurgicaux non signataires CAS	100 % BR-SS
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100 % des frais réels
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR-SS
Prothèses et orthodontie prises en charge par la sécurité sociale	175 % BR-SS
Appareillage	
Grand appareillage	100 % BR-SS
Petit appareillage	100 % BR-SS
Appareil auditif/oreille	100 % BR-SS
Optique	
Un équipement tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : acquisition d'un équipement par période de 1 an.	
Montures	Dans la limite d'un forfait de 40 €
Verres simples : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6, dioptries et dont le cylindre est à ≤ + 4 dioptries	100 €

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT ORGANISME ASSUREUR
Verres complexes : verres unifocaux forte correction (verres simple foyer avec sphère ≥ -6 et $+6$ dioptries ou dont le cylindre est $\geq +4$ dioptries) ou verres multifocaux ou progressifs	160 €
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 et $+8$ dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à $+4$ dioptries	200 €
CAS : contrat d'accès aux soins. BR : base de remboursement. SS : sécurité sociale. FR : frais réels.	

Article 4

Salariés bénéficiaires

Le présent accord, sous réserve des dispositions prévues en cas de dispense d'affiliation à l'initiative du salarié, s'applique à l'ensemble des salariés, quels que soient la nature du contrat (CDD/CDI) et le statut du salarié (cadres relevant de l'AGIRC, non-cadres), des établissements, dès lors qu'ils justifient d'une ancienneté d'au moins 6 mois.

Ce délai est préfix et n'est susceptible ni de suspension ni d'interruption.

Le personnel inscrit à l'effectif et dont le contrat de travail est suspendu pour raison médicale (en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident) continuera à être couvert par le présent régime et devra continuer à payer la cotisation salariale, laquelle sera prélevée chaque mois par l'employeur sur le salaire ou les indemnités journalières.

La contribution employeur sera maintenue pendant le temps que dure leur absence.

Article 5

Dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié

Les établissements de l'association des employeurs des universités catholiques de France peuvent, selon l'acte juridique choisi, retenir les cas de dispense ci-dessous :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit de la couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat 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 ;

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

4. Les salariés bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) ou les salariés bénéficiaires de l'aide à l'ACS (acquisition d'une complémentaire santé).

Ces salariés doivent justifier par écrit de la couverture souscrite, accompagné du justificatif attestant qu'ils bénéficient de la CMU-C ou de l'ACS.

La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

5. Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.

La dispense d'affiliation ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

Ces salariés doivent justifier par écrit de la couverture souscrite accompagné d'un justificatif ;

6. Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une ouverture collective relevant d'un des dispositifs ci-dessous, à condition de le justifier chaque année :

- a) Dans le cadre d'un régime de santé obligatoire remplissant les conditions mentionnées au 6^e alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale :
 - d'une couverture collective obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salarié employeurs multiples) ;
 - d'une couverture par le conjoint seulement si le dispositif de mutuelle du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.
- b) D'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale :
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin et de la Moselle ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - dans le cadre de la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels et agents ;
 - dans le cadre des contrats d'assurance du groupe Madelin.

Dans tous les cas, la demande de dispense d'adhésion comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Article 6

Financement

La cotisation aux frais de santé sera supportée par l'employeur à raison de 55 % au moins de la couverture minimale prévue par l'accord de branche. Les cotisations afférentes à la garantie éventuelle des ayants droit ou aux options facultatives seront supportées par le salarié uniquement, sauf dans les établissements offrant des dispositions plus favorables.

Le choix est laissé à chaque établissement de déterminer l'assiette de la cotisation par référence au salaire, au plafond annuel de la sécurité sociale ou sous forme de cotisation forfaitaire.

Article 7

Modalités de choix de l'organisme assureur

Les parties signataires du présent accord conviennent de ne pas retenir de clause de recommandation d'un organisme par la branche compte tenu de la procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernés.

Chaque établissement mettra en place un comité de pilotage, composé d'au minimum trois membres désignés par le CE (titulaires ou suppléants) et d'un membre désigné par chacune des organisations syndicales représentatives, pour définir les garanties, la nature et le montant de remboursement des prestations avant de lancer l'appel d'offres. Les temps de participation aux réunions et de préparation de celles-ci seront comptabilisés en temps de travail effectif. Le temps de préparation sera défini dans chaque établissement.

Ce comité de pilotage participera au choix du prestataire et sera partie prenante dans la révision des garanties et tarifs année par année.

Article 8

Maintien de garanties

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les anciens salariés qui justifient d'une rupture de contrat de travail de licenciement hors cas de faute lourde, ouvrant droit à une période de chômage indemnisé, sous réserve qu'ils se soient ouverts des droits pendant leur travail dans l'entreprise, peuvent continuer à avoir droit au régime frais de santé applicable dans leur

établissement. Ce maintien est appliqué pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans le même établissement. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois. Ce dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Article 9

Communication et obligation d'information des salariés sur le régime frais de santé

Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, les établissements doivent remettre à chaque salarié concerné, ainsi qu'à chaque nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, présentant les garanties du contrat. Ces informations peuvent être délivrées par tout moyen adapté tel que courrier, courriel, intranet...

Article 10

Dispositions diverses

1. Prise d'effet

Le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives. Cette notification fait courir un délai de 8 jours avant l'expiration duquel le délai d'opposition de l'article L. 2232-2 du code du travail peut être exercé.

2. Entrée en vigueur

La date d'entrée en vigueur de l'accord est fixée au 1^{er} janvier 2016 afin de permettre aux établissements de se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions (niveau de garanties, taux de cotisation...). Par dérogation, la période transitoire prévue légalement jusqu'au 31 décembre 2017 pourra être appliquée par les établissements qui remplissent les conditions et qui le souhaiteraient.

3. Révision et dénonciation

Les modifications législatives, réglementaires ou conventionnelles peuvent amener les partenaires sociaux à réviser ou dénoncer totalement ou partiellement cet accord dans les conditions légales relatives à la révision et à la dénonciation des accords de branche.

4. Dépôt et publicité

A l'expiration du délai de 8 jours visés ci-dessus et sans opposition majoritaire, le présent accord sera déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier signé et une version sur support électronique, auprès de la DIRECCTE et un exemplaire au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 8 juillet 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

AEUIC.

Syndicats de salariés :

FEP CFDT ;

SNEC CFTC ;

SNPEFP CGT ;

SYNEP CFE-CGC.