

Brochure n° 3008

Convention collective nationale

IDCC : 733. – DÉTAILLANTS EN CHAUSSURES

ACCORD DU 12 OCTOBRE 2015

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

NOR : ASET1551006M

IDCC : 733

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 organisés 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 contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisations négociés et maintenus pendant 2 ans ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, 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 selon un ratio qualité/prix.

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 aux obligations liées à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et facilite ainsi les démarches des entreprises, particulièrement 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 au cours du premier semestre 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 de la chaussure (IDCC n° 733).

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 relève du champ d'application professionnel et territorial y compris les départements d'outre-mer de la convention collective, tel qu'il est défini à l'article 2 de la convention collective nationale de la chaussure.

Plus précisément, le présent accord :

- institue un régime de base obligatoire pour les salariés ;
- offre la possibilité, aux entreprises qui le souhaitent :
 - de proposer, à titre facultatif, aux ayants droit du salarié, d'adhérer au régime ;
 - d'adhérer à des options améliorant les prestations proposées par le régime de base et de les proposer aux salariés à titre obligatoire ou facultatif.

Dans tous les cas, les entreprises seront tenues de formaliser la mise en place du dispositif en leur sein afin, principalement, de rendre opposable aux salariés :

- le régime auquel leur adhésion est obligatoire si l'entreprise fait le choix de ne pas se limiter au régime de base ; et
- la répartition de la prise en charge des cotisations si l'entreprise décidait de rendre obligatoire des options améliorant le régime de base.

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.

Toutefois, 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 les modalités prévues à l'article L. 911 du code de sécurité sociale.

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 des garanties s'appliquent à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord.

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 de l'article 3, 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 à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- 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 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 en produisant tous documents attestant qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- 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 un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

Enfin, s'agissant des entreprises qui souhaitent formaliser leur régime par décision unilatérale, les salariés embauchés avant la mise en place des garanties pourront refuser d'adhérer au régime, en application de l'article 11 de la loi Evin.

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 dispense 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.

L'écrit par lequel le salarié sollicite la demande de dispense d'adhésion devra obligatoirement comporter la mention selon laquelle il a été préalablement informé par son employeur des conséquences de son choix.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion aux garanties du régime professionnel 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

Autres bénéficiaires

Les ayants droit du salarié ont accès, auprès de l'organisme recommandé par les partenaires sociaux, à des extensions facultatives souscrites individuellement par chaque salarié. La notion d'ayant droit est définie dans le contrat d'assurance et la notice d'information élaborée par l'organisme assureur.

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, caractérisé 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 à la charge du participant tous les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis, au sens de la législation fiscale.

Article 4

Garanties du régime professionnel de santé

Garanties internes supérieures aux garanties prévues
dans la base obligatoire conventionnelle

Les entreprises doivent proposer, *a minima*, à chaque bénéficiaire, les prestations du socle obligatoire.

Toutefois, celles-ci pourront souscrire librement à des couvertures optionnelles accordant des niveaux de prestations supérieurs à ceux détaillés ci-après. Dans cette hypothèse, l'entreprise veillera à procéder à la formalisation juridique prévue à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

Ces options ont été définies par les partenaires sociaux et bénéficient 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, 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.

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 les forfaits optique (en complément de la sécurité sociale).

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel de santé	OPTION NIVEAU 1	OPTION NIVEAU 2
HOSPITALISATION (*)			
Séjour conventionné ou non	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Honoraires CAS conventionnés	100 % BR	170 % BR	300 % BR
Honoraires non CAS conventionnés	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires non conventionnés	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (hors maternité)	–	60 € / jour	80 € / jour
Lit accompagnant	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
Participation forfaitaire sur les actes coûteux	FR	FR	FR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS (*)			
Médecins adhérents non adhérents au CAS (**)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins adhérents au CAS (**)	100 % BR	180 % BR	250 % BR
Actes de spécialité non CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de spécialité CAS	100 % BR	180 % BR	250 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie non CAS	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie CAS	100 % BR	170 % BR	250 % BR
Participation forfaitaire sur les actes coûteux	FR	FR	FR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE (*)			
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE (*)			
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Inlays-onlays remboursés par la sécurité sociale	125 % BR	250 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale : – couronnes, bridges et inter de bridges – couronnes sur implant	125 % BR	250 % BR	350 % BR

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel de santé	OPTION NIVEAU 1	OPTION NIVEAU 2
– prothèses dentaires amovibles – réparations sur prothèses – inlays-cores Implants refusés par la sécurité sociale Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	– 125 % BR	– 250 % BR	300 € 350 % BR
OPTIQUE			
Un remboursement tous les 2 ans pour les adultes sauf évolution de la vision médicalement constatée (hors enfant mineur) (***) Forfaits exprimés en complément de la sécurité sociale avec un maximum de 150 € pour la monture			
A. – Verres simples foyer sphère – 6 à + 6, cylindre < ou = 4 + monture	100 €	200 €	300 €
B. – Verres simples foyers, multifocaux ou progressifs sphère – 6 à + 6 ou cylindre supérieur à 4 + monture	200 €	300 €	400 €
C. – Verres multifocaux ou progressifs Sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8 ou sphériques dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 pour adulte + monture	300 €	400 €	500 €
Verres mixtes A et B, A et C ou B et C + monture	A + B/2 ou A + C/2 ou B + C/2	A + B/2 ou A + C/2 ou B + C/2	A + B/2 ou A + C/2 ou B + C/2
Lentilles acceptées par la sécurité sociale ou non/an	100 € avec un minimum de 100 % BR	200 € avec un minimum de 100 % BR	300 € avec un minimum de 100 % BR
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux/an)	–	–	500 €
MATERNITÉ			
Forfait maternité/adoption	100 €	300 €	450 €
Chambre particulière	60 €/jour	80 €/jour	80 €/jour
AUTRES (*)			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	–	Jusqu'à 2 séances/an limitées à 30 €/séance	Jusqu'à 4 séances/an limitées à 40 €/séance
Pharmacie prescrite non remboursée y compris moyens contraceptifs, sevrage tabagique, ostéodensitométrie	–	30 € par an	50 € par an
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale	–	100 % BR	300 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses auditives	100 % BR	250 € par prothèse	300 € par prothèse

FR : Frais réels.

TM : ticket modérateur. PMSS : montant en vigueur de 3 170 € au 1^{er} janvier 2015.

BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés).

(*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectués dans le respect des contrats responsables.

(**) Contrat d'accès aux soins de l'avenant n° 8 de la convention médicale.

(***) L'équipement optique (verres + monture) est limité à un remboursement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vision médicalement constatée. Cette limitation n'est pas applicable pour les enfants mineurs qui bénéficient d'un équipement tous les ans.

Article 4.2

Prévention du régime professionnel de santé

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 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 définies à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, soit :

- 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 ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de 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 de Pôle emploi, de décès).

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

Article 5.2

Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou 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 cotisations des bénéficiaires visés à l'article ci-dessus sont définis au point 2 de l'article 6.1 du présent accord.

Une partie des bénéficiaires peut voir sa 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, dans les 2 mois suivant l'expiration 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 ou d'une rente d'invalidité, 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 au 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 PMSS, est égale à :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL			RÉGIME LOCAL		
	Cotisations dues par personne assurée			Cotisations dues par personne assurée		
	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option niveau 1 facultatif en surcoût de la base	Option niveau 2 facultatif en surcoût de la base	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option niveau 1 facultatif en surcoût de la base	Option niveau 2 facultatif en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,06	+ 0,68	+ 1,27	0,53	+ 0,68	+ 1,27
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 1,21	+ 0,78	+ 1,46	+ 0,61	+ 0,78	+ 1,46
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 0,60	+ 0,41	+ 0,76	+ 0,30	+ 0,41	+ 0,76

(*) 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 obligatoire du régime professionnel de santé.

Si le salarié choisit d'être garanti au titre de l'option niveau 1 ou de l'option niveau 2, les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. Elles sont alors à la charge exclusive du salarié.

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient du régime professionnel de santé au même niveau de garantie que lui : soit la base obligatoire du régime professionnel de santé, soit l'option niveau 1, soit l'option niveau 2. Les cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

Si l'entreprise le souhaite, elle peut également choisir, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise, d'améliorer la couverture obligatoire du régime professionnel de santé en souscrivant l'option niveau 1 à titre obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul (salarié seul à titre obligatoire).

Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes :

Salarié seul à titre obligatoire

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Cotisations dues par personne assurée		Cotisations dues par personne assurée	
	Option niveau 1 obligatoire dans l'entreprise	Option niveau 2 facultatif en surcoût de la base	Option niveau 1 obligatoire dans l'entreprise	Option niveau 2 facultatif en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,61	+ 0,50	1,07	+ 0,50
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 1,85	+ 0,58	+ 1,23	+ 0,58
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 0,94	+ 0,29	+ 0,63	+ 0,29

(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant.

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient du même niveau de garantie que lui : soit l'option niveau 1 obligatoire dans l'entreprise, soit l'option niveau 2. Les cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

Si l'entreprise le souhaite, elle peut également choisir, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise, d'améliorer la couverture obligatoire du régime professionnel de santé en souscrivant l'option niveau 2 à titre obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul (salarié seul à titre obligatoire).

Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes.

(Voir tableau page suivante.)

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
	Cotisations dues par personne assurée	Cotisations dues par personne assurée
	Option niveau 2 obligatoire dans l'entreprise	Option niveau 2 obligatoire dans l'entreprise
Salarié seul en obligatoire	2,01	1,43
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 2,31	+ 1,69
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 1,17	+ 0,86

(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant.

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient de l'option niveau 2 obligatoire dans l'entreprise. Les cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

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		
	Cotisations dues par personne assurée			Cotisations dues par personne assurée		
	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option niveau 1	Option niveau 2	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option niveau 1	Option niveau 2
Contrat suspendu	1,06	1,61	2,01	0,53	1,07	1,47
Licencié, conjoint	1,21	1,85	2,31	0,61	1,23	1,69
Invalide, préretraité	1,37	2,09	2,61	0,69	1,39	1,91
Retraité	1,58	2,42	3,02	0,79	1,61	2,20
Enfant	0,60	0,94	1,17	0,30	0,63	0,86

Les cotisations susmentionnées sont à la charge des personnes souhaitant bénéficier du maintien des garanties du régime.

3. Maintien des taux de cotisations

Les taux de cotisations du présent article sont maintenus pour une durée de 2 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.

Afin de favoriser la montée en charge du régime professionnel de santé, un taux d'appel des cotisations est mis en œuvre à partir du 1^{er} janvier 2016 et les suivantes si les résultats constatés le permettaient.

Dès le 1^{er} janvier 2016, les cotisations seront appelées à hauteur de 90 % des taux fixés aux 1 et 2 du présent article.

Le taux d'appel bénéficiera exclusivement au salarié, la participation employeur sur la base obligatoire du régime professionnel de santé restera de 50 % de la cotisation du salarié seul mentionnée au 1.

Article 6.2

Assiette de calcul des cotisations

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

Article 6.3

Paiement des cotisations obligatoires

Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès de l'employeur

L'entreprise adhérente tient à la disposition de l'organisme assureur pour la gestion toutes pièces comptables de nature à justifier les éléments servant de base tant au calcul des cotisations qu'au calcul des prestations.

Les cotisations sont fixées conformément aux dispositions du présent accord. Elles sont payables trimestriellement à terme échu. Le paiement doit être effectué dans les 10 premiers jours du trimestre civil suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues.

Les régularisations éventuelles sont effectuées à la fin de chaque année. Les versements sont opérés par chèque bancaire ou par virement. L'adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

A défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'organisme assureur pour la gestion envoie à l'employeur une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, il peut engager une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

Lorsque l'appel des cotisations est effectué auprès du salarié

Les cotisations correspondantes sont à la charge exclusive du salarié.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'adhésion individuelle du salarié à l'option et, le cas échéant, à l'extension des garanties aux membres de sa famille pourront être résiliées dans un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

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 au titre du régime « base minimum conventionnel obligatoire ».

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, maintien, droits non contributifs...

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.

Ainsi, en application du principe de faveur, une 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 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, la mise en œuvre du présent dispositif n'a pas pour objet de remettre en cause un régime d'entreprise plus favorable.

En conséquence, les entreprises disposant d'un régime frais de santé mis en place selon les dispositions de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et comprenant des garanties d'un niveau identique ou supérieur à celles définies dans le présent accord peuvent conserver leur régime.

Toutefois, les entreprises ayant un régime frais de santé moins favorable devront adapter leurs garanties au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause devront veiller à ce que :

- les garanties de leur régime soient supérieures ou égales aux garanties du régime « base minimum conventionnel obligatoire » instauré par le présent accord ;
- 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 conventionnel obligatoire » pour le salarié seul ;
- les conditions de bénéfice de maintien des garanties, y compris pour les anciens salariés, soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

Par ailleurs, les entreprises devront comparer leur régime à celui prévu par le présent accord et l'adapter conformément aux dispositions suivantes :

1. Le contrat couvrant l'entreprise doit garantir tous les salariés présents et futurs tels que définis par le présent accord (absence de condition d'ancienneté minimale, dispenses d'affiliation) ;

2. La couverture doit être solidaire et responsable selon les définitions du régime professionnel de santé ;

3. La situation individuelle de tout salarié couvert antérieurement au 1^{er} janvier 2016 doit être comparée aux dispositions du RPS défini par le présent accord :

- s'il ne bénéficie pas d'une prestation prévue par le régime professionnel, il faudra inclure celle-ci dans le contrat collectif en prévoyant un financement patronal égal à 50 % ;
- lorsqu'un poste de garantie composé des prestations définies par le régime professionnel existe déjà, il faudra comparer son quantum (tableaux des garanties santé du RPS de l'article 4) et son financement en fonction de la ventilation par poste définie ci-après :

a) Si le quantum est inférieur au barème conventionnel, il doit être mis à niveau et la part patronale doit être le cas échéant augmentée, pour respecter la règle du financement à 50 % ;

b) Si le quantum est supérieur au barème conventionnel, il doit être maintenu et la part patronale correspondant au barème conventionnel doit être, le cas échéant, augmentée pour respecter la règle du financement à 50 % ;

– les prestations précédemment en place et non prévues dans le panier conventionnel sont maintenues ainsi que leur mode de financement ;

– si des prestations précédemment en place correspondent partiellement à ce que prévoit le régime professionnel, soit en raison d'un intitulé différent, soit en raison de l'utilisation d'un barème différent, il sera nécessaire de modifier le contrat pour permettre la comparaison.

4. Les vérifications ci-dessus permettent d'isoler la part des prestations prévues par le contrat qui demeure supérieure au minimum défini par le régime professionnel ainsi que le financement correspondant ; le niveau antérieur de prestations pourra, le cas échéant, être conservé par la souscription de garanties optionnelles ouvertes à tous les salariés ou à des catégories objectives préalablement définies et dont le financement est librement déterminé.

Les vérifications ci-dessus seront normalement effectuées dans la même forme que celles qui avaient présidé à la mise en place initiale de la couverture, déterminée selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. En présence de délégués syndicaux, elles peuvent donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du régime professionnel.

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, dont le siège social est à Paris, 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris Cedex.

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.

Humanis Prévoyance est choisi par les partenaires sociaux pour procéder à l'appel des cotisations relatives au fonds de solidarité de la branche définies à l'article 10.2 auprès des entreprises entrant dans le champ d'application 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.

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 résultats 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.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultats 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 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 résultats et 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 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 9.3

Association de gestion sociale

Les partenaires sociaux créent une association de gestion (si elle n'est pas existante). Cette association a notamment pour objet :

- de gérer, par délégation, les fonds mis à disposition de la commission paritaire en procédant notamment aux remboursements des frais (fonctionnement, déplacements, réunions, communication, contrôle et pilotage technique du régime de prévoyance...) engagés par cette commission ou ses membres, dans le cadre de leurs missions conventionnelles, selon le protocole de gestion du régime ;
- de mener une politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salariés de la branche dans les conditions déterminées à l'article 10 ;
- de mener des campagnes de prévention en matière de santé ou d'amélioration des conditions de travail auprès des salariés ou entreprises de la branche dans les conditions déterminées par l'article 10.

Les membres de cette association sont les syndicats employeurs et salariés signataires du présent avenant. Une convention est conclue entre cette association et l'organisme assureur recommandé à l'article 8.1.

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 des entreprises relevant de la convention collective de la branche et aux ayants droit de ses salariés 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 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 programmes 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

Le présent accord instaure un régime frais de santé conventionnel obligatoire présentant un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

La part de cotisation affectée au financement de ces prestations est fixée à 2 % sur les cotisations versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Ce financement incombe donc également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur autre que celui recommandé.

Ces entreprises verseront cette part des cotisations à leur organisme, qui la reversera à l'organisme recommandé.

Cette contribution doit permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche de bénéficier du fonds de solidarité. Ce fonds garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 10.1 pour l'ensemble des salariés et entreprises relevant de la convention collective des détaillants en chaussure.

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

Article 11

Durée

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

Article 12

Entrée en vigueur

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

Article 13

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.

Article 14

Modalités de dénonciation et de révision

Chacune des parties signataires a la faculté de dénoncer ou solliciter la révision totale ou partielle du présent avenant, à condition de le notifier 3 mois avant l'expiration annuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisme signataire.

Cette lettre devra définir les motifs de la dénonciation ou révision et, dans ce dernier cas, joindre un projet de modification de tout ou partie du présent avenant.

L'avenant dénoncé conserve son plein effet jusqu'à la conclusion éventuelle d'un nouveau texte.

Article 15

Formalités administratives

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités de dépôt.

Sous réserve, en application des dispositions transitoires de la loi n° 2008-789 du 20 août 2008, de l'absence d'opposition de la majorité en nombre des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, le présent avenant fera l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 12 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-dessus :

Organisation patronale :

FDCF.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FDS CFDT.