

Brochure n° 3015

Convention collective nationale

IDCC : 1561. – CORDONNERIE MULTISERVICE

ACCORD DU 31 AOÛT 2015

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

NOR : ASET1550994M

IDCC : 1561

PRÉAMBULE

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

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

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et 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'adaptation, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

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

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

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

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

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2015 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé « régime professionnel de santé ») au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective de la cordonnerie multiservice (idcc 1561).

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

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

Article 2

Hierarchie des normes et accords d'entreprise

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

Article 3

Bénéficiaires du régime professionnel de santé et dispenses d'affiliation

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

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

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

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

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

Article 3.2

Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

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

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à 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).

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

Article 3.3

Modalités de mise en œuvre des dispenses

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

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

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

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

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

Article 3.4

Cas particulier de bénéficiaires à titre gratuit

Les salariés en congés de maternité ou de paternité bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation (part employeur comme salarié) par la solidarité du régime professionnel de santé conformément au 1° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Article 3.5

Autres bénéficiaires

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

Seule l'adhésion du salarié est obligatoire, les salariés peuvent étendre la couverture de la garantie santé dont il bénéficie à :

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

Sont ayants droit du salarié bénéficiaire :

- le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ;
- les enfants à charge.

Sont considérés comme enfants à charge du participant :

- les enfants du salarié de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel ;
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ;
- les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Article 4

Garanties du régime professionnel de santé

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

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

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

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

Garanties d'entreprise supérieures aux garanties prévues dans la base obligatoire conventionnelle

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

A ce titre, au-delà du régime de base obligatoire couvrant le seul salarié, l'entreprise a notamment la possibilité de souscrire à deux 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 dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

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

Article 4.1

Garantie frais de santé du régime professionnel de santé

Article 4.1.1

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

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

(Voir tableau page suivante.)

Nature des frais	Base Obligatoire Régime Professionnel de Santé	OPTION 1 (y compris base)	OPTION 2 (y compris base)
HOSPITALISATION (MEDECINE - CHIRURGIE- OBSTETRIQUE - P SYCHIATRIE) Hors chirurgie esthétique			
Frais de séjour conventionné ou non	100% de la BR	150 % de la BR	360 % de la BR
Honoraires adhérents au CAS	100% de la BR	150 % de la BR	360 % de la BR
Honoraires non adhérents au CAS	100% de la BR	120 % de la BR	200 % de la BR
Actes techniques médicaux adhérents au CAS	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Actes techniques médicaux non adhérents au CAS	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
Forfait hospitalier	100 % des FR	100 % des FR	100 % des FR
Participation forfaitaire (18€) de l'assuré sur les actes techniques y compris médecine de ville	100 % des FR	100 % des FR	100 % des FR
Chambre particulière de nuit / de jour	45 € par jour	65 € par jour	65 € par jour
Lit accompagnant	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
Transport	100% de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Soins courants			
Généralistes (Consultations et visites) adhérents au CAS	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Généralistes (Consultations et visites) non adhérents au CAS	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites) adhérents au CAS	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites) non adhérents au CAS	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie adhérents au CAS	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie non adhérents au CAS	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Pharmacie remboursée SS			
Pharmacie vignette remboursée à 65 %	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Pharmacie vignette remboursée à 30 %	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Dentaire			
Soins dentaires (hors inlays/onlays)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Inlays/onlays acceptés par la SS	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
Prothèses dentaires acceptées par la SS	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
Implants refusés SS (limités à 3 implants / an / bénéficiaire)	-	-	500 €
Orthodontie acceptée par la SS	160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
Optique (*)			
Monture	30 € hors réseau ou 35 € en réseau	70 € hors réseau ou 81 € en réseau	100 € hors réseau ou 115 € en réseau
A - Verres dits simples(**) (par verre)	50 € hors réseau ou 58 € en réseau	105 € hors réseau ou 121 € en réseau	185 € hors réseau ou 185 € en réseau ***
B - Verres dits complexes(**) (par verre)	85 € hors réseau ou 98 € en réseau	155 € hors réseau ou 178 € en réseau	235 € hors réseau ou 270 € en réseau
C - Verres dits très complexes(**) (par verre)	115 € hors réseau ou 132 € en réseau	205 € hors réseau ou 236 € en réseau	285 € hors réseau ou 328 € en réseau
Lentilles acceptées ou refusées par la SS	200 € / an	250 € / an	300 € / an
Chirurgie réfractive (pour les deux yeux / an)	200 €	350 €	500 €
Autres			
Actes de prévention définis dans le contrat responsable	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Appareillages et prothèses médicales remboursés par la Sécurité Sociale	100% de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Prothèses auditives	100% de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
Cure thermique acceptée SS	100% de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
Forfait maternité/adoption (par enfant)	-	100 €	300 €
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin	-	Jusqu'à 2 fois par an / bénéficiaire limitées à 30 € / séance	Jusqu'à 3 fois par an / bénéficiaire limitées à 50 € / séance
Pharmacie prescrite non remboursée	-	60 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire

Les prestations s'entendent sous déduction des prestations de la SS sauf pour l'Optique.

Les remboursements sont limités aux dépenses engagées et effectués dans le respect des contrats responsables.

(*) Pour les adultes, les garanties couvrent un équipement tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée avec un maximum dans ce cas d'un équipement annuel. Pour les mineurs, la prise en charge est d'un équipement annuel.

(**) Définition des verres simples, complexes et très complexes :

A - Verres simples	> Verre simple foyer, sphère de - 6,00 à + 6,00 > Verre simple foyer, cylindre < ou = à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00
B - Verres complexes	> Verre simple foyer, sphère de - 6,25 à - 10,00 > Verre simple foyer, sphère de + 6,25 à + 10,00 > Verre simple foyer, sphère hors zone - 10,00 à + 10,00 > Verre simple foyer, cylindre < ou = à + 4,00, sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00 > Verre simple foyer, cylindre > à + 4,00, sphère de - 6,00 à + 6,00 > Verre simple foyer, cylindre > à + 4,00, sphère hors zone - 6,00 à + 6,00 > Verre multifocal ou progressif, sphère de - 4,00 à + 4,00 > Verre multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre, sphère de - 8,00 à + 8,00
C - Verres très complexes	> Verre multifocal ou progressif, sphère hors zone de - 4,00 à + 4,00 > Verre multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre, sphère

(***) Dans la mesure où le remboursement assureur Monture + Verres Simples ne dépasse pas la limite du décret Contrats Responsables, soit 470 €. La garantie hors réseau atteignant déjà ce montant, la bonification réseau sert à assouplir la répartition de consommation entre verres et monture.

Article 4.1.2

Limites et exclusions de garanties

La garantie santé du régime professionnel de santé telle que définie précédemment ne s'applique pas en cas de dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

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

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

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

Article 4.2

Actes de prévention du régime professionnel de santé

Comme l'indique le tableau de garanties, le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention à la hauteur du ticket modérateur.

A titre indicatif, les actes définis dans le tableau ci-dessous sont pris en charge.

	BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE	OPTION 1	OPTION 2
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	OUI	OUI	OUI
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	OUI	OUI	OUI
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de 14 ans)	OUI	OUI	OUI
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	OUI	OUI	OUI
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus : <ul style="list-style-type: none"> • Audiométrie tonale ou vocale • Audiométrie tonale avec tympanométrie • Audiométrie vocale dans le bruit • Audiométrie tonale ou vocale • Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie 	OUI	OUI	OUI
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	OUI	OUI	OUI
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) <i>Haemophilus influenzae</i> B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois 	OUI	OUI	OUI

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

Article 4.3

Garantie assistance santé du régime professionnel de santé

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

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

Article 5

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

Article 5.1

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

Les salariés bénéficient du maintien sans contrepartie de cotisations des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (dispositif appelé « portabilité santé ») dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

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

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

- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 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.

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des régimes frais de santé de l'ensemble des salariés encore en activité, aucune cotisation n'étant due dès lors par l'entreprise et le 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 1 de l'article 6.1 du présent accord.

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

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

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

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

Article 5.3

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

Article 5.3.1

Suspension des garanties du régime professionnel de santé

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

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans le mois de 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 de la sécurité sociale pour maladie, accident ou d'adoption.

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 définies au point 1 de l'article 6.1.

Article 6

Cotisations

Article 6.1

Taux de cotisation du régime professionnel de santé

La cotisation des salariés diffère en fonction de leur régime d'affiliation : soit ils relèvent du régime général d'assurance maladie, soit ils relèvent du régime local d'Alsace-Moselle.

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

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

Régime général

Régime choisi par l'entreprise, en régime obligatoire pour tous ses salariés :

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1 (choix de l'entreprise)	OPTION 2 (choix de l'entreprise)
Salarié seul en obligatoire	1,23	1,79	2,28

Extension de la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

(Le salarié décide d'étendre la couverture dont son entreprise le fait bénéficier de façon obligatoire à son conjoint et/ou ses enfants – couvertures facultatives.)

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,32	1,91	2,44
Facultatif enfant	0,74	1,09	1,29

Extension de la couverture à un niveau supérieur :

(Le salarié décide de prendre un niveau de couverture supérieur au niveau obligatoire d'entreprise et éventuellement d'étendre la garantie de ses ayants droit à ce même niveau.)

(En pourcentage.)

	OPTION 1 base conventionnelle	OPTION 2 base conventionnelle	OPTION 2 - OPTION 1
Salarié	0,59	1,12	0,53
Conjoint facultatif	0,59	1,12	0,53
Enfant facultatif	0,35	0,55	0,20

Régime local Alsace-Moselle

Régime choisi par l'entreprise, en régime obligatoire pour tous ses salariés :

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1 (choix de l'entreprise)	OPTION 2 (choix de l'entreprise)
Salarié seul en obligatoire	0,74	1,30	1,79

Extension conjoint et/ou enfants :

(Le salarié décide d'étendre la couverture dont son entreprise le fait bénéficier de façon obligatoire à son conjoint et/ou ses enfants – couvertures facultatives.)

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Facultatif conjoint et assimilé	0,79	1,38	1,91
Facultatif enfant	0,44	0,79	0,99

Extension de la couverture à un niveau supérieur :

(Le salarié décide de prendre un niveau de couverture supérieur au niveau obligatoire d'entreprise et éventuellement d'étendre la garantie de ses ayants droit à ce même niveau.)

(En pourcentage.)

	OPTION 1 base conventionnelle	OPTION 2 base conventionnelle	OPTION 2 - OPTION 1
Salarié	0,59	1,12	0,53
Conjoint facultatif	0,59	1,12	0,53
Enfant facultatif	0,35	0,55	0,20

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

Les cotisations dites option 1 et option 2 s'ajoutent à la cotisation de la base minimum conventionnelle obligatoire ; elles peuvent être :

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

S'il le souhaite et à sa charge exclusive, le salarié peut étendre le bénéfice du régime professionnel aux membres de sa famille en souscrivant aux extensions facultatives pour le même niveau de garan-

tie dont il bénéficie : soit le régime de base constituant le minimum conventionnel, soit l'option 1 ou l'option 2. Les cotisations mentionnées s'ajoutent à sa cotisation.

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 :

Régime général

a) Retraités

(En pourcentage)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Salarié seul en obligatoire	1,84	2,68	3,41

Si le salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Facultatif conjoint et assimilé de retraité	1,98	2,86	3,66
Facultatif enfant	0,74	1,09	1,29

b) Loi Evin non-retraités

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Salarié seul en obligatoire	1,59	2,31	2,95

Si l'ancien salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,71	2,47	3,16
Facultatif enfant	0,74	1,09	1,29

Régime local

a) Retraités

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Salarié seul en obligatoire	1,11	1,95	2,68

Si le salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,18	2,06	2,86
Facultatif enfant	0,44	0,79	0,99

b) Loi Evin non-retraités

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnel	OPTION 1	OPTION 2
Salarié seul en obligatoire	0,96	1,68	2,32

Si le salarié avait étendu la couverture obligatoire du salarié (choisie par l'entreprise) à son conjoint et/ou ses enfants :

(En pourcentage.)

	RÉGIME DE BASE conventionnelle	OPTION 1	OPTION 2
Facultatif conjoint et assimilé	1,02	1,78	2,47
Facultatif enfant	0,44	0,79	0,99

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

3. Maintien des taux de 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.

Article 6.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur indicative pour 2015 de 3 170 €).

Article 7

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

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

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

Le choix de l'organisme recommandé visé à l'article 8.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, 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 et sous réserve de satisfaire aux vérifications visées à l'article 11.

Article 7.1

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

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

Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par le régime professionnel ou financées pour plus de 50 % par l'entreprise, les garanties santé et leur financement sont déterminés selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 7.2

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

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

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

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

Article 7.3

Détermination de la conformité d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé (art. 7.2) 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 régime professionnel de santé 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 %.

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 : Malakoff Médéric Prévoyance, dont le siège social est à Paris (75009), 21, rue Lafitte.

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 la conséquence suivante :

- 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.

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

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

Article 8.2

Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

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

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

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de 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.

Dans son rôle de suivi du régime, la commission paritaire veille notamment à :

- 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 ;
- 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 de 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 peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

Article 9

Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé

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

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

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

Article 9.1

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.

Les partenaires sociaux se réuniront au cours de la première année de fonctionnement du régime pour définir le détail de ces actions de solidarité.

Article 9.2

Fonds de solidarité

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

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

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

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

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

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

Article 10

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée avec un préavis de 3 mois à respecter en cas de dénonciation.

Les conditions de la mutualisation du régime et le choix de l'organisme assureur seront réexaminés dans un délai de 5 ans maximum.

Article 11

Entrée en vigueur

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

Article 12

Notification. – Dépôt. – Extension

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

Fait à Paris, le 31 août 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FFCM ;

SRIC.

Syndicats de salariés :

FNAA CFE-CGC ;

FS CFDT ;

FNP FO ;

CMTE CFTC ;

THC CGT.