

BULLETIN OFFICIEL

CONVENTIONS COLLECTIVES



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Premier ministre

Direction
de l'information
légale
et administrative



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail,
de l'emploi,
de la formation
professionnelle
et du dialogue social

Ministère de l'agriculture,
de l'agroalimentaire
et de la forêt

BULLETIN OFFICIEL
CONVENTIONS COLLECTIVES

BULLETIN OFFICIEL CONVENTIONS COLLECTIVES

FASCICULE N° 2015/47 DU 12 DÉCEMBRE 2015

	<u>Pages</u>
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social....	1
Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt	(*)

(*) Aucun texte du ministère de l'agriculture dans le *BO* n° 47

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

CONVENTIONS COLLECTIVES

SOMMAIRE DU FASCICULE N° 2015/47

CONVENTIONS, AVENANTS ET ACCORDS

	<u>Pages</u>
Animation : avenant n° 155 du 20 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé.....	4
Artistiques et culturelles (entreprises) : avenant du 1 ^{er} octobre 2015 à la convention collective	9
Artistiques et culturelles (entreprises) : avenant du 1 ^{er} octobre 2015 à la convention collective	14
Ateliers et chantiers d'insertion : accord du 15 septembre 2015 relatif au régime de remboursement de frais de santé.....	16
Cartonnage (industries) : avenant n° 152 du 5 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé.....	27
Chaussure (détaillants) : avenant n° 81 du 12 octobre 2015 à l'accord prévoyance du 6 octobre 2008 relatif à la mise en place d'un régime de prévoyance.....	40
Chaussure (détaillants) : accord du 12 octobre 2015 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé.....	44
Cordonnerie : accord du 31 août 2015 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé.....	62
Golf : avenant n° 67 du 19 octobre 2015 modifiant les articles 11.1 « Prévoyance des salariés non cadres », 11.2 « Prévoyance des salariés cadres » et 11.3 « Complémentaire frais de santé pour les cadres et non-cadres »	80
Horlogerie : avenant n° 7 du 12 juin 2015 à l'accord du 13 février 2008 relatif au régime collectif de prévoyance obligatoire	101
Hôtels, cafés, restaurants : avenant n° 3 du 26 octobre 2015 à l'accord du 6 octobre 2010 relatif aux frais de santé.....	115
Jardineries et graineteries : avenant n° 4 du 25 septembre 2015 à l'accord du 11 juin 2009 relatif au régime de prévoyance.....	126
Librairie : avenant n° 1 du 16 septembre 2015 à l'accord du 18 juin 2012 relatif à la portabilité.....	129
Librairie : avenant n° 2 du 16 septembre 2015 à l'accord du 18 juin 2012 relatif à la rente temporaire décès prévoyance.....	132
Navigation de plaisance (entreprises) : accord du 21 septembre 2015 relatif au régime de couverture complémentaire de frais de santé.....	134

	Pages
Photographie (professions) : avenant du 2 juillet 2015 relatif aux salaires	145
Régies de quartier : avenant n° 3 du 26 juin 2015 modifiant l'article 5.2 et l'annexe III relatifs à la formation professionnelle	147
Régies de quartier : avenant n° 4 du 9 octobre 2015 relatif à la révision du titre VI de la convention	158
Sérigraphie (industries) : accord du 22 octobre 2015 relatif à la création d'un régime de frais de soins de santé.....	161
Transports routiers (marchandises) : avenant n° 1 du 8 septembre 2015 à l'accord du 1 ^{er} octobre 2012 relatif à la protection santé.....	169
Transports routiers (voyageurs) : avenant n° 1 du 1 ^{er} octobre 2015 à l'accord du 24 mai 2011 relatif à la prévoyance	175
Vétérinaires (cabinets et cliniques) : accord du 14 octobre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire.....	180
Vétérinaires (praticiens salariés) : accord du 14 octobre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire.....	191
Viandes (industries et commerces en gros) : accord de méthode du 16 septembre 2015 relatif à la révision de la convention collective.....	202
Voyages et tourisme : accord du 21 septembre 2015 relatif au régime de remboursement de frais de santé dans la branche des agences de voyages et de tourisme	205

Brochure n° 3246

Convention collective nationale

IDCC : 1518. – ANIMATION

AVENANT N° 155 DU 20 OCTOBRE 2015

RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1550997M

IDCC : 1518

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité l'annexe du titre XI « Complémentaire santé » de la convention collective nationale de l'animation du 28 juin 1988 avec les dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales attachées au dispositif des contrats responsables.

En conséquence, l'annexe du titre XI de la convention collective nationale de l'animation est modifiée comme suit :

Article 1^{er}

Le dernier alinéa de l'article 11.3.1.3 débutant par « S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs non recommandés : » et ses deux items sont supprimés.

Article 2

Garanties

L'annexe « Garanties collectives complémentaire santé obligatoire » est remplacée comme suit :

« Annexe

Garanties collectives complémentaire santé

(Voir tableau page suivante.)

Régime frais de santé

	Base conventionnelle	Base conventionnelle + OPTION 1	Base conventionnelle + OPTION 2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires CAS	100% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non CAS	100% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier (hospitalisation)	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait hospitalier (psychiatrie)	couverture aux frais réels, actuellement : 13,50 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 13,50 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 13,50 € par jour
Forfait actes lourd	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
Frais médicaux			
Consultations - visites Généralistes CAS et non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	140% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non CAS	120% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie SMR important	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie SMR modéré et homéopathie	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie SMR faible	non couverte	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couverts	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	100% BR	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie CAS et non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	100% BR	10% du PMSS par oreille - minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)	20% du PMSS par oreille - minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025			
Soins dentaires (1)	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	200 % BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Prothèses dentaires (2)			
Remboursées: dents du sourire (3)	200 % BR	350% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche (4)	150 % BR	250% BR	350% BR
Inlays-cores	125 % BR	150% BR	175% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Parodontologie	non couverte	non couverte	non couverte
Implantologie (implant et pilier dentaire)	non couverte	12% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, auquel cas le délai est porté à 12 mois également.			
Verres et Montures	Grille optique Base Conventionnelle	Grille Optique Base Conventionnelle + Option 1	Grille Optique Base Conventionnelle + Option 2
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	3% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR	5% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR
Lentilles prescrites : refusées, jetables	non couvertes		
Chirurgie réfractive	non couverte	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil

	Base conventionnelle	Base conventionnelle + OPTION 1	Base conventionnelle + OPTION 2
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverts	5% du PMSS	7% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couvertes	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse			
Remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 13 € par an et par bénéficiaire	100% BR + 38 € par an et par bénéficiaire
Non remboursée par la Sécurité sociale	non couverte	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
Patch anti-tabac	non couvert	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	4% du PMSS par an et par bénéficiaire
Les remboursements définis dans la grille de garanties ci-dessus devront respecter les exigences définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales			

(1) Soins dentaires / actes d'endodontie / actes de prophylaxie bucco-dentaire / parodontologie.

(2) Couronnes, bridges et inter de bridge / couronnes sur implant / prothèses dentaires amovibles / réparation sur prothèses.

(3) Dents n°s 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 41 / 42 / 43 / 44.

(4) Dents n°s 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 35 / 36 / 37 / 38 / 45 / 46 / 47 / 48.

Grilles optiques

Grille optique Base Conventionnelle Régime Général	Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	40,00 €	132,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	40,00 €	104,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	90,00 €	250,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	90,00 €	206,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	90,00 €	272,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	90,00 €	210,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	40,00 €	136,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	40,00 €	106,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	261,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	90,00 €	209,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	90,00 €	251,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	90,00 €	209,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	90,00 €	274,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	90,00 €	213,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	90,00 €	265,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	90,00 €	210,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	90,00 €	270,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	90,00 €	214,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	90,00 €	270,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	90,00 €	214,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	90,00 €	298,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	90,00 €	231,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	20,00 €	38,29 €	2223342	2,84 €	1,70 €	20,00 €	21,70 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.

Grille optique Base Conventionnelle Régime Local	Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	10,84 €	40,00 €	149,11 €	2203240, 2287916	2,29 €	2,06 €	40,00 €	106,68 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	24,01 €	90,00 €	275,47 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	3,71 €	90,00 €	209,97 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	40,47 €	90,00 €	308,39 €	2235776, 2295896	7,62 €	6,86 €	90,00 €	216,27 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	13,45 €	40,00 €	154,33 €	2226412, 2259966	3,66 €	3,29 €	40,00 €	109,14 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	32,65 €	90,00 €	292,75 €	2254868, 2284527	6,86 €	6,17 €	90,00 €	214,90 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	25,11 €	90,00 €	277,66 €	2212976, 2252668	6,25 €	5,63 €	90,00 €	213,81 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	41,85 €	90,00 €	311,14 €	2288519, 2299523	9,45 €	8,51 €	90,00 €	219,57 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	35,26 €	90,00 €	297,97 €	2290396, 2291183	7,32 €	6,59 €	90,00 €	215,73 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	38,97 €	90,00 €	305,38 €	2245384, 2295198	10,82 €	9,74 €	90,00 €	222,03 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	39,24 €	90,00 €	305,92 €	2227038, 2299180	10,37 €	9,33 €	90,00 €	221,22 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	59,96 €	90,00 €	347,36 €	2202239, 2252042	24,54 €	22,09 €	90,00 €	246,73 €
Monture	2210546	30,49 €	27,44 €	20,00 €	47,44 €	2223342	2,84 €	2,56 €	20,00 €	22,56 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.

Grille optique Base Conventionnelle + Option 1 Régime Général	Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70,00 €	257,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110,00 €	349,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	90,00 €	315,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	130,00 €	391,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	110,00 €	377,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	150,00 €	435,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	80,00 €	281,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	120,00 €	371,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	100,00 €	346,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	140,00 €	414,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	120,00 €	376,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	160,00 €	454,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	140,00 €	439,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	180,00 €	498,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	130,00 €	410,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	200,00 €	535,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	150,00 €	455,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	220,00 €	579,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	160,00 €	475,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	230,00 €	599,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	180,00 €	543,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250,00 €	656,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	85,00 €	103,29 €	2223342	2,84 €	1,70 €	125,00 €	126,70 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.

Grille optique Base Conventiennelle + Option 1 Régime Local		Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>											
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	10,84 €	70,00 €	274,11 €		2203240, 2287916	2,29 €	2,06 €	110,00 €	351,68 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	24,01 €	90,00 €	340,47 €		2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	3,71 €	130,00 €	394,97 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	40,47 €	110,00 €	413,39 €		2235776, 2295896	7,62 €	6,86 €	150,00 €	441,27 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>											
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	13,45 €	80,00 €	299,33 €		2226412, 2259966	3,66 €	3,29 €	120,00 €	374,14 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	32,65 €	100,00 €	377,75 €		2254868, 2284527	6,86 €	6,17 €	140,00 €	419,90 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	25,11 €	120,00 €	402,66 €		2212976, 2252668	6,25 €	5,63 €	160,00 €	458,81 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	41,85 €	140,00 €	476,14 €		2288519, 2299523	9,45 €	8,51 €	180,00 €	504,57 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>											
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	35,26 €	130,00 €	442,97 €		2290396, 2291183	7,32 €	6,59 €	200,00 €	540,73 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	38,97 €	150,00 €	490,38 €		2245384, 2295198	10,82 €	9,74 €	220,00 €	587,03 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	39,24 €	160,00 €	510,92 €		2227038, 2299180	10,37 €	9,33 €	230,00 €	606,22 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	59,96 €	180,00 €	592,36 €		2202239, 2252042	24,54 €	22,09 €	250,00 €	671,73 €
Monture	2210546	30,49 €	27,44 €	85,00 €	112,44 €		2223342	2,84 €	2,56 €	125,00 €	127,56 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.

Grille optique Base Conventiennelle + Option 2 Régime Général		Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>											
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	80,00 €	292,74 €		2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	120,00 €	394,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	100,00 €	350,31 €		2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	140,00 €	436,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	120,00 €	412,26 €		2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	160,00 €	480,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>											
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	90,00 €	316,22 €		2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	130,00 €	416,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	110,00 €	381,83 €		2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	150,00 €	459,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	130,00 €	411,77 €		2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	170,00 €	499,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €	474,09 €		2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	190,00 €	543,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>											
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	140,00 €	445,31 €		2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	210,00 €	580,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	160,00 €	490,25 €		2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	230,00 €	624,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	170,00 €	510,61 €		2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	240,00 €	644,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	190,00 €	578,24 €		2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	260,00 €	701,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	118,29 €		2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	151,70 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté.

Grille optique Base Conventiennelle + Option 2 Régime Local		Enfants < 18 ans				Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M		Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>											
sphère de -6 à +6	242457, 226187	12,04 €	10,84 €	80,00 €	309,11 €		203240, 228791	2,29 €	2,06 €	120,00 €	396,68 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	243540, 229108	26,68 €	24,01 €	100,00 €	375,47 €		265330, 228066	4,12 €	3,71 €	140,00 €	439,97 €
sphère < -10 ou > +10	248320, 227385	44,97 €	40,47 €	120,00 €	448,39 €		235776, 229589	7,62 €	6,86 €	160,00 €	486,27 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>											
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	200393, 227041	14,94 €	13,45 €	90,00 €	334,33 €		226412, 225996	3,66 €	3,29 €	130,00 €	419,14 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	219381, 228395	36,28 €	32,65 €	110,00 €	412,75 €		254868, 228452	6,86 €	6,17 €	150,00 €	464,90 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	238941, 226838	27,90 €	25,11 €	130,00 €	437,66 €		212976, 225266	6,25 €	5,63 €	170,00 €	503,81 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	206800, 224503	46,50 €	41,85 €	150,00 €	511,14 €		288519, 229952	9,45 €	8,51 €	190,00 €	549,57 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>											
sphère de -4 à +4	264045, 225924	39,18 €	35,26 €	140,00 €	477,97 €		290396, 229118	7,32 €	6,59 €	210,00 €	585,73 €
sphère < -4 ou > +4	202452, 223879	43,30 €	38,97 €	160,00 €	525,38 €		245384, 229519	10,82 €	9,74 €	230,00 €	632,03 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>											
sphère de -8 à +8	240671, 228222	43,60 €	39,24 €	170,00 €	545,92 €		227038, 229918	10,37 €	9,33 €	240,00 €	651,22 €
sphère < -8 ou > +8	234239, 225966	66,62 €	59,96 €	190,00 €	627,36 €		202239, 225204	24,54 €	22,09 €	260,00 €	716,73 €
Monture	2210546	30,49 €	27,44 €	100,00 €	127,44 €		2223342	2,84 €	2,56 €	150,00 €	152,56 €

Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les 2 ans pour les adultes, sauf changement de correction médicalement constaté. »

Article 3

Dépôt et extension

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et d'une demande d'extension.

Fait à Paris, le 20 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNEA.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CFTC ;

CGT-FO ;

UNSA.

Brochure n° 3226

Convention collective nationale

IDCC : 1285. – **ENTREPRISES ARTISTIQUES ET CULTURELLES**

AVENANT DU 1^{ER} OCTOBRE 2015

À LA CONVENTION COLLECTIVE

NOR : ASET1551010M

IDCC : 1285

PRÉAMBULE

L'environnement juridique des régimes complémentaires de prévoyance et de frais de santé a récemment subi des évolutions importantes, comme, par exemple, la modification des conditions d'exonération de cotisations de sécurité sociale de leur financement patronal, celle du cahier des charges des « contrats responsables », l'entrée en vigueur du nouveau dispositif légal de portabilité des droits et, enfin, la généralisation des complémentaires santé dans les entreprises.

Ces différentes réformes ont conduit les partenaires sociaux de la branche à se réunir afin de mettre en conformité les régimes de prévoyance et de frais de santé antérieurement institués et issus de l'article XII.2 de la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles.

C'est la raison pour laquelle ils ont décidé de conclure le présent avenant.

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a vocation à modifier les articles XII.2.1.2, XII.2.1.5, XII.2.1.7, XII.2.1.8 et XII.2.1.9 de la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles.

Article 1.1

Modification de l'article XII.2.1.2

L'article XII.2.1.2 intitulé « Salariés permanents cadres : cotisations » est désormais rédigé de la manière suivante :

« Les entreprises acquittent une cotisation, entièrement à la charge de l'employeur, due dès le premier jour d'embauche et égale au 1^{er} janvier 2016 à :

- 0,92 % de la rémunération limitée à la tranche 1, 0,50 % au titre des garanties décès et 0,42 % au titre des garanties incapacité-invalidité ;
- 0,81 % de la rémunération supérieure à la tranche 1 et limitée à la tranche 2 au titre des garanties incapacité-invalidité.

Les taux de cotisation ci-dessus définis intègrent le coût du maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité issu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Les parties rappellent que le financement patronal des garanties des salariés cadres sur la tranche 1 peut s'imputer sur l'obligation prévue à l'article 7 de la convention collective interprofessionnelle

du 14 mars 1947, étant précisé que l'obligation de financement de garanties de prévoyance prévue par cette convention doit être affectée par priorité à la garantie décès.

Il est également rappelé que pour les salariés cadres intermittents les employeurs cotisent, au titre des garanties de prévoyance complémentaire, dans les conditions prévues notamment par l'accord interbranche du 20 décembre 2006 modifié. »

Article 1.2

Modification de l'article XII.2.1.5

L'article XII.2.1.5 intitulé « Salariés permanents non cadres : cotisations » est désormais rédigé de la manière suivante :

« Les entreprises acquittent une cotisation, entièrement à la charge de l'employeur, due dès le premier jour d'embauche et égale au 1^{er} janvier 2016 à :

- 0,95 % de la rémunération limitée à la tranche 1, 0,44 % au titre des garanties décès et 0,51 % au titre des garanties incapacité-invalidité.

Les taux de cotisation ci-dessus définis comprennent le coût du maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité issu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Il est également rappelé que pour les salariés non cadres intermittents les employeurs cotisent, au titre des garanties de prévoyance complémentaire, dans les conditions prévues par l'accord interbranche du 20 décembre 2006 modifié. »

Article 1.3

Modification de l'article XII.2.1.7

L'article XII.2.1.7 intitulé « Bénéficiaires » est désormais rédigé de la manière suivante :

« Ce régime de remboursement de frais de santé s'applique à l'ensemble des salariés permanents non cadres et cadres sous contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée, sans condition d'ancienneté, affiliés en leur nom propre au régime général de sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle de sécurité sociale.

L'adhésion de ces salariés au régime est obligatoire. Toutefois, les entreprises devront laisser aux salariés la faculté de refuser leur affiliation au régime frais de santé, et ce quelle que soit la date d'embauche, s'ils peuvent se prévaloir des cas de dispense d'affiliation suivants :

1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
2. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
3. 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 ;
4. Les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

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

5. Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de leur embauche.

Cette dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel ;

6. Les salariés bénéficiant, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :

- dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, étant précisé que, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;
- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- par le régime spécial de sécurité sociale des gens de mer ;
- par la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Ces salariés devront formuler leur refus d'adhérer par écrit et, le cas échéant, produire chaque année tout justificatif attestant de leur couverture par ailleurs. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Cet écrit est le résultat d'une demande éclairée du salarié, qui doit avoir été informé de ses droits et obligations au titre du présent régime et notamment du fait qu'en refusant d'adhérer au régime collectif et obligatoire frais de santé en vigueur il ne peut bénéficier :

- de l'avantage attaché à la cotisation patronale finançant ledit régime et la neutralité fiscale de sa propre cotisation ;
- du maintien de la couverture dans les conditions définies par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, 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. »

Article 1.4

Modification de l'article XII.2.1.8

L'article XII.2.1.8 intitulé « Cotisations » est désormais rédigé de la manière suivante :

« Les entreprises doivent acquitter une cotisation mensuelle entièrement à la charge de l'employeur, due dès le premier jour d'embauche pour les salariés permanents cadres, égale au 1^{er} janvier 2016 à :

- 1,13 % de la rémunération limitée à la tranche 1 ;
- 0,29 % de la rémunération supérieure à la tranche 1 et limitée à la tranche 2.

S'y ajoute une cotisation forfaitaire mensuelle à la charge exclusive des salariés permanents cadres égale à 10 €, due dès le premier jour d'embauche.

Il en va de même pour les salariés permanents non cadres, au titre desquels les entreprises doivent acquitter une cotisation mensuelle entièrement à la charge de l'employeur, due dès le premier jour d'embauche et égale au 1^{er} janvier 2016 à :

- 0,63 % de la rémunération limitée à la tranche 1.

S'y ajoute une cotisation forfaitaire mensuelle à la charge exclusive des salariés permanents non cadres égale à 10 €, due dès le premier jour d'embauche.

Les parties rappellent que les cotisations des salariés sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu dans les conditions de l'article 83, 1^o *quater*, du code général des impôts.

Les taux de cotisation ci-dessus définis comprennent le coût du maintien des garanties dans le cadre du dispositif de portabilité issu de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Il est également rappelé que les employeurs cotisent pour leurs salariés cadres et non cadres intermittents, au titre des garanties complémentaires de remboursement de frais de santé, dans les conditions prévues par l'accord interbranche du 20 décembre 2006 modifié. »

Article 1.5

Modification de l'article XII.2.1.9

L'article XII.2.1.9 intitulé « Prestations » est désormais intégralement rédigé de la manière suivante et se substitue aux articles XII.2.1.9 *alpha* et *bêta* :

« Les remboursements des frais interviennent en complément de ceux effectués par la sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et dans la limite des frais réellement engagés.

Les partenaires sociaux rappellent aux entreprises qu'elles devront en tout état de cause garantir à leurs salariés le "panier de soins" minimum légal défini à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale sans condition d'ancienneté. »

Les autres dispositions de la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles du 1^{er} janvier 1984, et tout particulièrement les autres articles compris dans l'article XII.2 relatif à la prévoyance, demeurent inchangées.

Article 2

Date d'effet. – Durée. – Dépôt

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

A compter de cette date, la rédaction des articles XII.2.1.2, XII.2.1.5, XII.2.1.7, XII.2.1.8 et XII.2.1.9 sera modifiée et substituée tel que prévu à l'article 1^{er} ci-dessus.

Le présent avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

Forces musicales ;
PROFEDIM ;
SCC ;
SMA ;
SNSP ;
SYNAVI ;
SYNDEAC.

Syndicats de salariés :

FC CFTC ;
FASAP FO ;
FCCS CFE-CGC ;
FNSAC CGT ;
SFA CGT ;
SNACOPVA CFE-CGC ;
SNAM CGT ;
SNAPS CFE-CGC ;
SNLA FO ;
SNM FO ;
SNSV FO ;
SYNPTAC CGT.

Brochure n° 3226

Convention collective nationale

IDCC : 1285. – **ENTREPRISES ARTISTIQUES ET CULTURELLES**

AVENANT DU 1^{ER} OCTOBRE 2015

À LA CONVENTION COLLECTIVE

NOR : ASET1551008M

IDCC : 1285

PRÉAMBULE

Les parties à la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles se sont réunies afin d'étudier le régime de prévoyance des salariés.

Soucieuses d'améliorer le régime de prévoyance mis en place, les parties signataires du présent accord ont décidé de procéder à l'unification des garanties décès, afin :

- de renforcer la protection sociale des salariés non cadres de la branche ;
- de décliner l'objectif de solidarité que les partenaires sociaux entendent promouvoir, en matière de protection sociale complémentaire, à l'égard des actuels et futurs collaborateurs.

Ainsi, les parties signataires ont décidé de réviser les termes du titre XII de la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles de la manière suivante.

Article 1^{er}

Objet

Modification des prestations en cas de décès
des salariés permanents non cadres

Le *a* du A de l'article XII.2.1.6 *alpha* est remplacé par le texte suivant :

« *a*) Décès toutes causes

En cas de décès d'un salarié, il est versé aux bénéficiaires un capital, exprimé en pourcentage du traitement de base limité à la tranche 1, dont le montant est fixé à :

- capital de base : 350 % ;
- majoration par enfant à charge : 100 %. »

Article 2

Date d'effet. – Durée. – Dépôt

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

A compter de cette date, le titre XII de la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles sera donc modifié comme défini ci-dessus.

Le présent avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

Forces musicales ;
PROFEDIM ;
SCC ;
SMA ;
SNSP ;
SYNAVI ;
SYNDEAC.

Syndicats de salariés :

FASAP FO ;
FNSAC CGT ;
SFA CGT ;
SNLA FO ;
SNM FO ;
SNSV FO ;
SYNPTAC CGT.

Brochure n° 3379

Convention collective nationale

IDCC : 3016. – ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION

ACCORD DU 15 SEPTEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550998M

IDCC : 3016

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux ont souhaité faire bénéficier l'ensemble des salariés des ateliers et chantiers d'insertion (ACI) d'un régime de prévoyance collectif adapté aux spécificités de la branche. Ce régime a été formalisé par l'accord du 17 juin 2010, intégré au titre IX de la convention collective nationale des ACI.

Les partenaires sociaux sont depuis soucieux de renforcer les garanties de prévoyance complémentaire dont bénéficient les salariés. Parallèlement, la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a posé le principe de la généralisation de la couverture santé pour tous les salariés.

C'est dans ce contexte que les signataires du présent accord ont décidé d'instaurer une couverture collective de complémentaire santé au niveau de la branche.

Article 1^{er}

Champ d'application

L'ensemble des accords collectifs conclus par le SYNESI et les organisations syndicales de salariés s'appliquent, sauf disposition contraire, dans le cadre d'un champ d'application délimité comme suit :

« Il régit les rapports et s'applique à l'ensemble des employeurs et salariés de droit privé, cadres et non-cadres, titulaires d'un contrat de travail et quelles que soient la nature et la durée de ce contrat, des ateliers et chantiers d'insertion conventionnés par l'Etat au titre de l'article L. 5132-15 du code du travail.

Sont exclues du champ d'application les entités soumises à agrément au sens de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008, article 63.

Le champ conventionnel couvre l'ensemble du territoire national, y compris les DOM. »

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet d'instaurer, au bénéfice des salariés de la branche des ACI, une couverture minimale de frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national en recommandant trois organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, pour assurer la couverture des garanties frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des trois assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par des protocoles techniques et financiers et des protocoles de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 3

Adhésion du salarié

Article 3.1

Définition des bénéficiaires

L'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ayant une ancienneté au sein de la structure de 4 mois bénéficie de la couverture minimale de frais de santé.

Article 3.2

Suspension du contrat de travail

a) Suspensions rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice de la couverture frais de santé est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires (versées dans le cadre d'un régime de prévoyance), par exemple en cas d'arrêt maladie.

Le bénéfice est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congé de maternité ou de paternité ;
- invalidité.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

b) Suspensions non rémunérées ou indemnisées

Dans les autres cas de suspension, comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...), les salariés ne bénéficient pas du maintien de la couverture de complémentaire santé.

Les salariés peuvent toutefois continuer à en bénéficier pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Article 3.3

Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de remboursement de frais de santé est obligatoire.

Toutefois, les partenaires sociaux souhaitent laisser la possibilité à des salariés déjà couverts dans la branche par un régime de remboursement de frais de santé de ne pas adhérer au dispositif mis en place au niveau de la branche ou de la structure.

Les salariés suivants auront ainsi la faculté, sous réserve de produire les pièces justificatives requises, de refuser leur adhésion au régime :

1. Les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2. Les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

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

3. Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi (salariés multi-employeurs), d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, étant précisé que pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise ou structure cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés doivent solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les structures relevant du champ d'application du régime, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, doivent mettre en œuvre ces cas de dispenses d'adhésion et n'ont pas la possibilité, afin d'assurer une cohérence entre les ACI, de prévoir d'autres facultés de non-adhésion.

Toutefois, la mise en œuvre de ces cas de dispense s'entend sans préjudice, en cas de formalisation de la couverture santé au sein de la structure par décision unilatérale, de l'application des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par la structure lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 4

Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Article 4.1

Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de la structure en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Notamment, la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Article 4.2

Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture frais de santé sera maintenue :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin, rappelée à titre informatif dans le cadre du présent accord, incombe à l'organisme assureur.

Article 5

Financement

Article 5.1

Obligation des structures la branche

Les structures relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans la structure.

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

Article 5.2

Modalités de cotisation dans le cadre des contrats souscrits auprès des organismes recommandés

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance, pour l'ensemble des garan-

ties dont ils bénéficient au titre du régime. Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives, correspondant aux bases 2 et 3.

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

Les cotisations servant au financement du remboursement de frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

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

La cotisation obligatoire et les cotisations facultatives « enfants » et « conjoint » sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, selon l'une des trois formules alternatives suivantes retenue par les structures :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

(En pourcentage.)

	FORMULE « BASE 1 »		FORMULE « BASE 2 »		FORMULE « BASE 3 »	
	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale
Isolé (obligatoire)	0,455	0,455	0,555	0,555	0,670	0,670
Enfant (facultatif)	0,630	–	0,730	–	0,840	–
Conjoint (facultatif)	1,020	–	1,240	–	1,510	–

Salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	FORMULE « BASE 1 »		FORMULE « BASE 2 »		FORMULE « BASE 3 »	
	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale
Isolé (obligatoire)	0,250	0,250	0,350	0,350	0,465	0,465
Enfant (facultatif)	0,340	–	0,440	–	0,550	–
Conjoint (facultatif)	0,560	–	0,780	–	1,050	–

Les cotisations pourront évoluer en fonction des résultats techniques du régime. Toute modification du ou des taux de cotisation proposée par les assureurs recommandés devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Article 6

Prestations

Le régime des frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, ainsi que dans le respect du niveau de garanties tel que défini à l'article D. 911-1 dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

Article 6.1

Tableau des garanties

(Voir tableaux pages suivantes.)

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale			
GARANTIES	FORMULE « Base 1 »	FORMULE « Base 2 »	FORMULE « Base 3 »
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie-hospitalisation : Frais de séjour conventionnée	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (CAS) (1)	120% BR	125% BR	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Non CAS)	100 % BR	105% BR	130 % BR
Forfait hospitalier	100 % du forfait réglementaire en vigueur sans limitation de durée en lieu et place de "couverture en frais réels, actuellement 18 € / Jour		
Chambre particulière par jour : conventionnée	Non couverte	0,75 % du PMSS	1,25 % du PMSS
Forfait actes lourds	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €
Personne accompagnante : conventionnée	Non couverte	0,75 % du PMSS	1,25 % du PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultations-visites généralistes (CAS)	120% BR	120% BR	120% BR
Consultations-visites généralistes (Non CAS)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations-visites spécialistes (CAS)	120% BR	125 % BR	150 % BR
Consultations-visites spécialistes (Non CAS)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Pharmacie	100% BR sauf les médicaments à SMR faible remboursés à 15%	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	Non couverte	Non couverte	20 € par an et par bénéficiaire
Analyses	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Actes techniques médicaux (C.A.S) (petite chirurgie)	120 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux (Non C.A.S) (petite chirurgie)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Radiologie (CAS)	120 % BR	125 % BR	150 % BR
Radiologie (Non CAS)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses capillaires	100 % BR	100 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives	100 % BR	250 € par oreille (Minimum TM)	500 € par oreille (Minimum TM)
Transport accepté par la Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale			
GARANTIES	FORMULE « Base 1 »	FORMULE « Base 2 »	FORMULE « Base 3 »
DENTAIRE limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR) (2)			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays-Inlays	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Orthodontie			
Acceptée par la Ss	125 % BR	150 % BR	175 % BR
Refusée par la Ss	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Prothèses dentaires			
Remboursées par la Ss : dents du sourire (3)	125 % BR	200 % BR	250 % BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Inlays-cores	125 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses non remboursées par la Ss	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Parodontologie	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Implantologie	Non couverte	Non couverte	Non couverte
OPTIQUE			
Verres et montures (4)	Verres : 80 € par verre Monture : 40 €	Grille optique n° 1	Grille optique n° 2
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	TM	100 € par an et par bénéficiaire (Minimum TM)	150 € par an et par bénéficiaire (Minimum TM)
Chirurgie réfractive	Non couverte	250 € par œil	500 € par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Ss	Non couverte	100 % BR	100 % BR
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acupuncteur...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Ostéodensitométrie osseuse			
Par bénéficiaire	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur	Oui au ticket modérateur	Oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	Non couverte	Non couverte	Non couverte

GRILLES OPTIQUES N°1

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans inclus) (4)					Remboursement maximum de l'institution par verre pour les mineurs (jusqu'à 17 ans inclus) (4)					
Verres	Type	LPP	Sphère	Remboursement par verre*	Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Remboursement par verre*	
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	70,00 €	Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	50,00 €	
		2263459 - 2282793	de -6,25 à -10	80,00 €			2243540 - 2297441	de -6,25 à -10	75,00 €	
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10				2243304 - 2291088	de +6,25 à +10		
		2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	90,00 €			2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	75,00 €	
	Cylindre < à 4	2226412 - 2259966	de -6 à +6	80,00 €		Cylindre < à 4		2200393 - 2270413	de -6 à +6	60,00 €
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	90,00 €				2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	75,00 €
	Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	100,00 €		Cylindre > à 4		2238941 - 2268385	de -6 à +6	80,00 €
		2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	110,00 €				2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	90,00 €
Multifocaux	Sphérique	2290396 - 2291183	de -4 à +4	140,00 €	Multifocaux	Sphérique	2264045 - 2259245	de -4 à +4	110,00 €	
		2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	150,00 €			2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	120,00 €	
	Tout cylindre	2227038 - 2299180	de -8 à +8	150,00 €		Tout cylindre		2240671 - 2282221	de -8 à +8	110,00 €
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	160,00 €				2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	120,00 €
		Monture						75,00 €	Monture	

GRILLES OPTIQUES N°2

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans inclus) (4)
--

Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Remboursement par verre*
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	80,00 €
		2263459 - 2282793	de -6,25 à -10	90,00 €
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10	
	Cylindre < à 4	2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	100,00 €
		2226412 - 2259966	de -6 à +6	90,00 €
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	100,00 €
Multifocaux	Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	110,00 €
		2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	120,00 €
		2290396 - 2291183	de -4 à +4	150,00 €
	Tout cylindre	2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	160,00 €
		2227038 - 2299180	de -8 à +8	160,00 €
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	170,00 €
Monture				100,00 €

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les mineurs (jusqu'à 17 ans inclus) (4)
--

Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Remboursement par verre*
Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	60,00 €
		2243540 - 2297441	de -6,25 à -10	80,00 €
		2243304 - 2291088	de +6,25 à +10	
	Cylindre < à 4	2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	80,00 €
		2200393 - 2270413	de -6 à +6	70,00 €
		2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	80,00 €
Multifocaux	Cylindre > à 4	2238941 - 2268385	de -6 à +6	90,00 €
		2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	100,00 €
		2264045 - 2259245	de -4 à +4	110,00 €
	Sphérique	2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	120,00 €
		2240671 - 2282221	de -8 à +8	110,00 €
		2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	120,00 €
Monture				75,00 €

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement

(1) CAS : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès au soins

(2) Limite à 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, au-delà la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR)

(3) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Premières Prémolaires [2]

Ces dents correspondent au numéro de dent 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44.[2]

(4) Conformément au Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

Les structures non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

Article 6.2

Garanties présentant un haut degré de solidarité

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche des ACI présente 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.

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

1. La prise en charge de la part salariale de cotisation des apprentis affiliés au régime conventionnel de frais de santé dont le contrat est inférieur à 12 mois ;
2. Le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche ;
3. La prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

Le versement de prestations à caractère non directement contributif est organisé dans le cadre d'un fonds social dédié, auquel devront cotiser les structures qui choisiront de rejoindre l'un des organismes recommandés. L'alimentation du fonds social est assurée par l'affectation d'une quote-part de la cotisation « isolé » versée aux organismes assureurs recommandés, d'un montant de 2 %.

La gestion du fonds social sera confiée par la commission paritaire nationale de négociation (CPNN) à l'un des organismes recommandés pour la gestion du régime conventionnel. Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité seront définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et ledit organisme recommandé. L'organisme recommandé pour la gestion du présent régime obligatoire établira annuellement un rapport financier et un rapport d'activité de ce fonds, qu'il transmettra à la commission paritaire nationale de prévoyance prévue à l'article 7 du présent accord.

Les structures non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront également prévoir la mise en œuvre d'actions sociales au sein des régimes mis en place à leur niveau.

Article 7

Suivi du régime complémentaire frais de santé

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

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 8

Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés des ACI, les organismes assureurs suivants :

MUTEX, société d'assurances régie par le code des assurances, 125, avenue de Paris, 92320 Châtillon ;

APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire ;

Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

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

Article 9

Effet et durée

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

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier avant cette date au régime conventionnel de frais de santé auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

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

Article 10

Dépôt et demande d'extension

Le présent accord sera déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Les signataires de l'accord demandent son extension auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 15 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SYNESI.

Syndicats de salariés :

PSTE CFDT ;

FPSE CFTC.

Brochure n° 3135

Convention collective nationale

IDCC : 489. – INDUSTRIES DU CARTONNAGE

AVENANT N° 152 DU 5 OCTOBRE 2015

RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1551003M

IDCC : 489

PRÉAMBULE

La branche du cartonnage a généralisé depuis près de 5 ans une couverture santé mutualisée pour l'ensemble de ses salariés.

Cette volonté s'est traduite par la conclusion de l'avenant n° 136 du 11 février 2010, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Compte tenu des profondes modifications intervenues dans le cadre de la réglementation de la protection sociale complémentaire (modification des règles d'exonération, censure des clauses de désignation, réglementation des clauses de recommandation, modification du contenu du cahier des charges du contrat responsable), les partenaires sociaux se sont réunis à plusieurs reprises afin de définir un nouveau régime.

Celui-ci améliore les niveaux de prestation préexistants ainsi que le financement patronal.

En outre, le présent régime s'inscrit dans une démarche solidaire et responsable et s'est attaché à retenir des dispositions permettant de justifier d'un degré élevé de solidarité entre les ensembles des entreprises de la branche, permettant ainsi la recommandation de deux organismes assureurs.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux se sont attachés à permettre aux entreprises qui le souhaitent, ainsi qu'aux salariés qui le souhaitent, d'avoir accès à des garanties supplémentaires par rapport aux niveaux de base obligatoire, dans des conditions de tarif optimal, qui feront l'objet d'un suivi régulier de leur part. Ils ont souhaité également garantir, dans des conditions privilégiées, le maintien des garanties santé au profit des anciens salariés, en dehors du dispositif de portabilité.

Au regard par ailleurs des dispositions de l'article R. 912-2, la branche s'est attachée à mettre en œuvre des prestations à caractère non directement contributif, qui soient adaptées aux problèmes de santé rencontrés dans la branche professionnelle.

Elle a également prévu que les salariés en apprentissage devront bénéficier gratuitement de la couverture santé mise en place.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord instaure, selon les modalités qui suivent, un nouveau régime de complémentaire santé à adhésion collective, obligatoire, responsable et solidaire, en procédant à la corecom-

mandation de deux organismes sélectionnés dans le cadre de la procédure prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises comprises dans le champ d'application de la convention collective du cartonnage du 9 janvier 1969.

Article 3

Obligations des entreprises

Toutes les entreprises relevant du champ d'application de l'accord doivent respecter, d'une part, le niveau des garanties et, d'autre part, la répartition employeur-salarié du financement instaurée par le présent accord.

Le présent accord institue des prestations minimales au bénéfice du salarié auxquelles les entreprises ne peuvent pas déroger dans un sens moins favorable.

Il institue également la possibilité, pour le salarié comme pour l'entreprise, de souscrire des prestations améliorées à un tarif fixé par l'accord.

Afin de garantir la mutualisation du présent régime, les entreprises sont invitées à rejoindre les organismes recommandés.

Dans l'hypothèse où les prestations actuellement souscrites par les entreprises ne seraient pas en conformité avec les dispositions du présent accord, elles disposeront d'un délai de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur pour se mettre à niveau, tant sur les prestations minimales que sur les possibilités d'amélioration des prestations et l'extension de la couverture aux ayants droit.

En cas de souscription du contrat d'assurance auprès d'un organisme assureur non recommandé, la proposition de l'assureur devra concerner tant la base conventionnelle que les options 1 et 2, même si l'entreprise ne met en place dans un cadre collectif et obligatoire que la base conventionnelle.

Les entreprises peuvent notamment décider, par accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale, conformément à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- d'améliorer le financement patronal édicté ;
- d'améliorer le contenu des prestations rendues obligatoires par le présent accord, en finançant par exemple tout ou partie des options proposées par le présent régime et les organismes assureurs recommandés ;
- de participer au financement de la couverture des ayants droit.

Article 4

Bénéficiaires du régime

4.1. Affiliation obligatoire des salariés

La complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés sous contrat de travail en cours, inscrits aux effectifs des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective, sous réserve de justifier de 3 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Les mandataires sociaux, qui ne sont pas titulaires d'un contrat de travail, mais qui, sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, sont assimilés à des salariés, peuvent s'affilier au présent régime.

Tout salarié qui ne demande pas à bénéficier d'une dispense dans les cas énumérés ci-après est affilié et doit cotiser.

Sur demande écrite du salarié peuvent être dispensés d'affiliation :

- les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, couverts par ailleurs par une assurance individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel 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 d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 et les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de leur embauche. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de la couverture ou de l'aide, ou jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient d'une couverture collective, y compris en tant qu'ayants droit, dans le cadre d'un dispositif de complémentaire santé conforme à ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et à condition d'en justifier chaque année.

Les salariés qui cessent de demander le bénéfice de la dérogation ou qui ne sont plus en mesure de présenter un justificatif de couverture seront alors tenus de cotiser.

Les entreprises doivent conserver :

- la demande du salarié de ne pas adhérer au présent régime, celle-ci mentionnant expressément qu'il a préalablement été informé des conséquences de son choix ;
- l'éventuel justificatif de couverture lorsqu'il est nécessaire.

4.2. Affiliation facultative des ayants droit

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime complémentaire santé, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs), à charge au sens du contrat d'assurance.

Les conditions d'adhésion applicables sont formalisées par des contrats spécifiques dont les dispositions sont communiquées par les organismes recommandés aux signataires du présent avenant.

Article 5

Cotisations

Les cotisations mentionnées ci-dessous incluent les taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale, telle que la CMU, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation et telles qu'elles sont en vigueur à la date de signature du présent avenant.

Elles comprennent le financement du dispositif de portabilité tel qu'il est décrit à l'article 10.1.

Elles garantissent les prestations telles que décrites dans l'annexe I, selon les dispositions de la législation applicables à ce titre au jour de la signature du présent avenant.

En cas de modification de la législation applicable à ce type de garanties, aux cotisations y afférentes ou aux remboursements de l'assurance maladie, les dispositions du présent accord seront revues.

Au début de chaque année, compte tenu des résultats financiers du régime frais de santé professionnel mis en œuvre par le présent accord, les parties signataires fixeront les taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations visées ci-dessous.

Les cotisations ci-après sont définies pour 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2016.

5.1. Cotisation obligatoire pour le salarié

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ». Les cotisations entre l'employeur et le salarié sont réparties à parts égales.

Les salariés ont la possibilité de souscrire à ces mêmes garanties au bénéfice de leurs ayants droit (enfant[s] et/ou conjoint) telles que définies ci-après.

En cas de souscription de la garantie par les ayants droit, aucune cotisation n'est due à partir du troisième enfant.

Au 1^{er} janvier 2016, les cotisations contractuelles afférentes au risque frais de santé obligatoire pour le salarié sont fixées en pourcentage du PMSS.

Cotisations obligatoires pour le salarié selon le choix de l'entreprise

(Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS.)

	BASE conventionnelle		OPTION 1		OPTION 2	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Salarié obligatoire	1,48	1,02	1,73	1,27	2,01	1,55
Conjoint (facultatif)	1,48	1,02	1,73	1,27	2,01	1,55
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,93	0,64	1,01	0,72	1,10	0,81

Quelle que soit la date de début ou de fin du contrat de travail, le montant de la cotisation est indivisible. Il est intégralement dû, quel que soit le nombre de jours de garantie.

5.2. Cotisations pour les options facultatives

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de souscrire à des garanties complémentaires que l'entreprise doit leur proposer afin d'améliorer la couverture obligatoire. Ces garanties complémentaires peuvent aussi être souscrites par les ayants droit du salarié.

La cotisation supplémentaire servant au financement de ces options ainsi que leurs éventuelles évolutions sont à la charge exclusive du salarié, sauf amélioration du régime mise en œuvre de manière collective obligatoire au sein de l'entreprise.

Les cotisations ont été négociées et fixées de la manière suivante :

(Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS.)

	OPTION 1		OPTION 2	
	Régime général	Régime local	Régime général	Régime local
Salarié	0,27	0,27	0,57	0,57
Conjoint (facultatif)	0,27	0,27	0,57	0,57
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,09	0,09	0,18	0,18

Cotisations optionnelles pour le salarié si l'entreprise opte pour l'option 1

(Cotisations exprimées en pourcentage du PMSS.)

	OPTION 2	
	Régime général	Régime local
Salarié	0,30	0,30
Conjoint (facultatif)	0,30	0,30
Par enfant (facultatif, gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,10	0,10

Article 6

Incidence de la suspension du contrat de travail

Dès lors que l'employeur maintient en tout ou partie la rémunération du salarié en cas de suspension du contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, l'affiliation perdure et le montant de la cotisation reste appelé selon le taux et la répartition en vigueur.

Les garanties sont suspendues lorsque le salarié ne perçoit plus de rémunération par l'entreprise ou l'organisme assureur.

Le salarié peut alors adhérer individuellement auprès des organismes recommandés qui proposent un tarif identique aux actifs. Dans cette hypothèse, le salarié supporte l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale).

A l'issue de la suspension, les salariés concernés bénéficient à nouveau de l'intégralité des garanties du présent accord sans formalité.

Le traitement des suspensions du contrat de travail sur les options souscrites par le salarié, seul, relève des seules relations entre le salarié et les organismes recommandés.

Article 7

Prestations

Les garanties de complémentaire santé, résumées en annexe, ont été établies dans le cadre :

- des prestations minimales obligatoires prévues par les articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- et du contrat dit responsable défini par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

Les évolutions légales et réglementaires de ces dispositifs conduiront les partenaires sociaux par accord avec les organismes assureurs à réviser le niveau des prestations et/ou le niveau des cotisations.

Les prestations sont assurées, sans questionnaire ou visite médicale, à compter de la date d'effet de la garantie ou à compter de l'embauche du salarié.

L'ensemble des modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations est détaillé dans la notice d'information remise à chaque salarié.

Les compléments de garantie destinés à améliorer la couverture des salariés, ainsi que les options au profit des ayants droit doivent être proposés aux salariés et sont indissociables des prestations minimales.

Article 8

Information des salariés

Les organismes recommandés adressent la notice d'information à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser aux instances représentatives du personnel et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions.

Un exemplaire de la notice est remis à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du régime, une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise aux salariés.

Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou à mettre à jour la notice initiale.

Cette information devra être transmise à tous les salariés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par les organismes recommandés sous leur responsabilité.

Article 9

Cessation des garanties

Sous réserve des hypothèses de maintien de droits prévues par l'article 10, les présentes garanties cessent en cas de :

- rupture du contrat de travail avec l'entreprise ;
- liquidation normale ou anticipée de la pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire du salarié ;
- décès du salarié, sous réserve de l'application de l'article 10.2 ;
- dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

Article 10

Maintien de droits

10.1. Portabilité

Les garanties santé sont maintenues, conformément aux conditions et modalités prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage. Ce maintien est financé par un mécanisme de mutualisation avec les salariés en activité dans l'entreprise, qui ne nécessite aucune cotisation supplémentaire lors du départ du salarié.

L'entreprise adhérente signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Bénéficient de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- de la rupture (hors licenciement pour faute lourde) ou de la fin de leur contrat de travail ;
- de l'ouverture de leurs droits à couverture chez l'entreprise adhérente avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail ;
- de l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

L'ancien salarié bénéficie de l'ensemble des garanties du régime (obligatoires, facultatives), au titre duquel il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Les garanties suivront les éventuelles évolutions applicables aux salariés actifs de l'entreprise adhérente. Les prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

Le versement de toute prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage auprès de l'organisation assureur. L'ancien salarié donc est tenu d'informer l'organisme assureur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail.

La durée du maintien des garanties est égale à la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois et, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois et telle qu'elle est explicitée dans le tableau suivant :

ANCIENNETÉ du salarié	DURÉE de la portabilité
Inférieure à 1 mois	0
1 mois	1 mois
1 mois et 15 jours	2 mois
3 mois	3 mois
Supérieure à 12 mois	12 mois

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- au terme de la période de portabilité et en tout état de cause après un délai maximal de 12 mois ;
- à la date de reprise d'une nouvelle activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations chômage pour tout autre motif ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation au titre de l'assurance chômage par Pôle emploi (notamment en cas de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi) ;
- en cas de décès du salarié.

10.2. Maintien de l'article 4 de la loi Evin

Tout salarié ayant quitté une entreprise affiliée au régime et se trouvant bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi, est informé au terme de sa garantie par l'organisme auprès duquel il est affilié de la possibilité et des conditions dans lesquelles il peut bénéficier par adhésion formelle, individuelle et facultative, au régime frais de santé des anciens salariés mis en œuvre par les organismes assureurs, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le terme de son contrat de travail ou de son maintien de garanties au titre de la portabilité.

Les cotisations dues au titre de cette adhésion individuelle ne pourront être majorées au-delà de 135 % de la tarification retenue pour le salarié actif. Les cotisations dues pour le conjoint ne pourront être majorées au-delà de 135 %.

Les ayants droit d'un assuré décédé, bénéficiaires à titre facultatif, seront également informés par l'organisme assureur du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime et des mêmes conditions tarifaires, pendant une durée minimale de 12 mois, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès de l'assuré. Il revient à l'employeur d'informer l'assureur du décès du salarié.

Article 11

Degré élevé de solidarité

Le présent régime permet aux entreprises des salariés de la branche, au travers du degré élevé de solidarité que les partenaires sociaux ont défini, de bénéficier de prestations à caractère non contributif.

La commission nationale paritaire de négociation reprendra l'ensemble des dispositions générales relatives à la mise en place du degré élevé de solidarité, prévues par les articles R. 912-1 et R. 912-2, et plus particulièrement une prise en charge :

- totale ou partielle, de la cotisation selon la réglementation en vigueur : à ce titre, sera pris en charge la totalité de la cotisation pour les apprentis ;
- d'actions de prévention arrêtées en lien avec les objectifs poursuivis par l'accord du 29 avril 2010 relatif à la sécurité au travail modifié par l'avenant n° 1 du 26 avril 2013 et les constats, études, préconisations qui pourraient être formulés par la commission paritaire de prévention des risques professionnels ;
- d'actions sociales à titre individuel et à titre collectif.

Le fonds constitué, à l'aide d'un financement égal à 2 % des cotisations de la base conventionnelle, est destiné à mettre en place ces dispositions dont les modalités d'attribution et règles de fonctionnement seront déterminées conformément à la réglementation en vigueur par la commission paritaire de négociation dans un règlement spécifique.

Article 12

Recommandation

En application des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une procédure de mise en concurrence a été organisée au terme de laquelle la commission sociale paritaire a procédé à la corecommandation de :

- l'APGIS, institution de prévoyance, agréée par le ministère chargé de la sécurité sociale sous le numéro 930, régie par l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale et dont le siège social est 12, rue Massue, 94684 Vincennes ;
- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise au code de la mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 538 518 473 et dont le siège social est 143, rue Blomet, 75015 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximal de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

A cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 13

Suivi du régime

Une commission de suivi de la complémentaire santé et du système de recommandation est créée. Elle se fera assistée par le cabinet ARRA Conseil pour une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2016.

Elle est composée de trois représentants de chaque organisation syndicale représentative et d'un nombre équivalent de représentants du syndicat patronal.

Elle prend connaissance des rapports transmis, peut entendre les organismes recommandés sur l'évolution de la couverture complémentaire santé de la branche, sur les actions complémentaires à caractère non contributif développées et sur leurs incidences sur la santé des salariés.

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour chaque exercice civil, les organismes recommandés établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant aux activités consolidées de toutes les entreprises adhérentes au régime frais de santé défini par les dispositions du présent avenant.

Ce rapport est adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Il reprend tant les éléments fixés par l'article 3 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 que du décret n° 2015-752 du 24 juin 2015.

La commission peut proposer les évolutions qui lui paraissent pertinentes en vue d'améliorer la santé des salariés de la branche.

Article 14

Entrée en vigueur

Le présent avenant se substitue à l'avenant n° 136 du 11 février 2010.

Il est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet au plus tôt au premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension et au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Article 15

Dépôt. – Publicité

Conformément à l'article D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant sera déposé en deux exemplaires, dont un sur support numérique à la direction des relations du travail de Paris et un remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Article 16

Extension

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent avenant et joindront conformément à l'article D. 912-13 du code de la sécurité sociale à leur demande les pièces afférentes à la procédure de mise en concurrence.

Fait à Paris, le 5 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

Fédération française du cartonnage et articles de papeterie.

Syndicats de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FFSCEGA CFTC ;

FG FO construction ;

FIBOPA CFE-CGC.

ANNEXE I

PRESTATIONS DU RÉGIME

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale			
GARANTIES	BASE CONVENTIONNELLE	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION			
Honoraires Praticiens CAS (*)	250% BR	350% BR	450% BR
Honoraires Praticiens Non CAS (*)	200% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Chambre Particulière (y compris maternité)	60 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
Forfait journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnant (enfant de - 16 ans)	60 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
FRAIS MEDICAUX			
Consultation Généraliste CAS (*)	100% BR	150 % BR	200 % BR
Consultation Généraliste Non CAS (*)	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultation Spécialiste CAS (*)	170% BR	200% BR	250% BR
Consultation Spécialiste Non CAS (*)	150% BR	175% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie CAS (*)	170 % BR	200% BR	300% BR
Radiologie Non CAS (*)	150 % BR	175% BR	200% BR
Analyses	150% BR	200% BR	300% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	200% BR	300% BR
Actes Techniques médicaux CAS (*)	170% BR	200% BR	300% BR
Actes Techniques médicaux Non CAS (*)	150% BR	175% BR	200% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins dentaires avec dépassements Onlays, Inlays	150 % BR	200% BR	250% BR
Parodontologie non prise en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 € / dent	400 € / dent	500 € / dent
Orthodontie prise en charge par le RO	300% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie non prise en charge par le RO	200% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires remboursables dents du sourire	300% BR	375 % BR	475 % BR
Prothèses dentaires remboursables dents du fond	250% BR	300% BR	350% BR
Inlays-cores	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires non remboursables non prises en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 € / dent	400 € / dent	500 € /dent
Implantologie (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	300 € / dent	400 € / dent	500 € /dent
OPTIQUE (**)			
Montures	Grille Conventiionnelle	Grille Option 1	Grille Option 2
Verres unifocaux			
Verres multifocaux			
Lentilles acceptées (par paire)	150 € / an	250 € / an	350 € / an
Lentilles refusées et jetables (par paire)	150 € / an	250 € / an	350 € / an
Kératochirurgie (par œil)	300 €	500 €	800 €
APPAREILLAGE			
Prothèses auditives	100% BR + 400 € / oreille	100% BR + 600 € / oreille	100% BR + 800 € / oreille
Appareillages et autres prothèses	100% BR + 400 € / bénéf	100% BR + 600 € / bénéf	100% BR + 800 € / bénéf
ALLOCATIONS FORFAITAIRES			
Maternité	150 €	250 €	350 €
Cures prises en charge par le RO	100% BR	200% BR	300% BR
Vaccins non remboursés	Néant	100 €	150 €
Diététicien moins de 16 ans	Néant	50 €	100 €
Contraception	Néant	100 €	150 €
Ostéopathes - Chiropracteurs - Etiopathes - Acupuncteurs	25 euros 3x/an	35 euros 5x/an	50 euros 5x/an
Psychologue	Néant	35 euros 5x/an	50 euros 5x/an
Patch Anti Tabac	Néant	150 €	250 €
DIVERS			
Transports pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de Prévention (Arrêté du 8 juin 2006)	Tous	Tous	Tous
Assistance à domicile	OUI	OUI	OUI
Plateforme conseil	OUI	OUI	OUI

(*) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins (CAS).

(**) Pour les mineurs (moins de 18 ans), un équipement par an. Pour les adultes, un équipement tous les deux ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable. Un équipement correspond à une monture et deux verres.

Nota: les délais en optique de 1 et 2 ans s'apprécient à la date de consommation

BR: Base de remboursement

RO: Régime Obligatoire

Grille optique conventionnelle

(En euros.)

GRILLE CONVENTIONNELLE	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	60	90
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	70	100
Sphère < - 10 ou > + 10	80	110
Verres simple foyer sphéro-cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	70	100
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	80	110
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	90	120
Cylindre > + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	100	130
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	130	160
Sphère < - 4 ou > + 4	140	170
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	150	180
Sphère < - 8 ou > + 8	160	190
Monture	80	100
(*) Le remboursement de l'assureur s'entend par verre. Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adultes), une paire tous les 2 ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable.		

Grille optique option n° 1

(En euros.)

GRILLE OPTION 1	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	80	110
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	90	120
Sphère < - 10 ou > + 10	100	130
Verres simple foyer sphéro-cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	90	120
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	100	130
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	110	140
Cylindre > + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	143	150
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		

GRILLE OPTION 1	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Sphère de - 4 à + 4	150	180
Sphère < - 4 ou > + 4	160	190
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	170	200
Sphère < - 8 ou > + 8	180	210
Monture	100	125
(*) Le remboursement de l'assureur s'entend par verre. Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adultes), une paire tous les 2 ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable.		

Grille optique option n° 2

(En euros.)

GRILLE OPTION 2	MINEUR moins de 18 ans	ADULTE
Type de verre	Remboursement assureur (*)	
Verres simple foyer sphériques		
Sphère de - 6 à + 6	100	130
Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	110	140
Sphère < - 10 ou > + 10	120	150
Verres simple foyer sphéro-cylindriques		
Cylindre < + 4 Sphère de - 6 à + 6	110	140
Cylindre < + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	120	150
Cylindre > + 4 Sphère de - 6 à + 6	130	160
Cylindre > + 4 Sphère < - 6 ou > + 6	163	170
Verres multifocaux ou progressifs sphériques		
Sphère de - 4 à + 4	170	200
Sphère < - 4 ou > + 4	180	210
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques		
Sphère de - 8 à + 8	190	220
Sphère < - 8 ou > + 8	200	230
Monture	125	150
(*) Le remboursement de l'assureur s'entend par verre. Les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + monture (adultes), une paire tous les 2 ans sauf changement de correction médicalement constatée conformément aux dispositions de la circulaire du 30 janvier 2015 relative au contrat responsable.		

ANNEXE II

Article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

« Les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture 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, selon les conditions suivantes :

1° 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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail. »

Brochure n° 3008

Convention collective nationale

IDCC : 733. – DÉTAILLANTS EN CHAUSSURES

AVENANT N° 81 DU 12 OCTOBRE 2015
À L'ACCORD PRÉVOYANCE DU 6 OCTOBRE 2008
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1551005M

IDCC : 733

PRÉAMBULE

L'appel à concurrence mis en œuvre conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015 a permis le choix par les partenaires sociaux de Humanis Prévoyance et l'OCIRP en tant qu'organismes assureurs. L'accord prévoyance du 6 octobre 2008 conclu dans le cadre de la convention collective nationale des détaillants en chaussures du 27 juin 1973 est modifié en conséquence.

Il est également convenu de modifier certaines garanties et de réviser les cotisations.

Article 1^{er}

Organismes recommandés pour la mutualisation professionnelle

L'article 49 de l'accord intitulé « Organismes assureurs désignés » devient « Organismes recommandés pour la mutualisation professionnelle » et est rédigé comme suit :

« La gestion du régime de prévoyance de la branche professionnelle des détaillants de chaussures est confiée à Humanis Prévoyance, institution de prévoyance, et à l'OCIRP, union d'institutions de prévoyance, agréées, régies par les dispositions du livre IX du code de la sécurité sociale, dont les sièges sociaux sont situés respectivement au 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris, et au 17, rue de Marignan, 75008 Paris. Humanis Prévoyance est assureur des risques incapacité de travail, invalidité et capitaux décès. L'OCIRP est l'organisme assureur désigné pour la couverture des garanties rente de conjoint et d'éducation. Humanis Prévoyance reçoit délégation de la part de l'OCIRP pour appeler les cotisations et régler les prestations.

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, ces organismes sont recommandés pour 5 ans. Six mois avant le terme de cette période, les partenaires sociaux se réuniront afin d'examiner les modalités d'organisation de la mutualisation des risques. Cet examen aura lieu au plus tard tous les 5 ans.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes assureurs avant le 31 décembre de chaque année sous réserve d'un respect d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

Les employeurs relevant du champ d'application de la convention collective nationale des détaillants en chaussures ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime.

Les organismes recommandés sont chargés de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'obligent à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment les conséquences suivantes :

- ils s'obligent 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 ;
- ils s'interdisent de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

Pour adhérer auxdits organismes, chaque entreprise de la branche devra compléter et signer un contrat d'adhésion.

Une notice d'information reprenant l'ensemble des garanties du régime de prévoyance conventionnel, les conditions et modalités de liquidation des prestations, sera adressée à chaque entreprise adhérente, qui devra en remettre un exemplaire à chaque salarié.

Les organismes assureurs signeront avec les partenaires sociaux de la branche une convention de gestion précisant les modalités de gestion du régime. »

Article 2

Changement d'organismes assureurs

Les termes : « organismes désignés » mentionnés à l'article « Changement d'organisme assureur » de l'accord sont remplacés par les termes : « organismes recommandés ».

Article 3

Fonds de solidarité de la branche

Les partenaires sociaux de la branche des détaillants en chaussures ont convenu de créer un fonds de solidarité. Celui-ci fait l'objet de l'article 51 du chapitre XXVIII relatif au régime de prévoyance. Les actuels articles 51 suivants sont renumérotés en conséquence. Le fonds de solidarité est destiné à mettre en œuvre des actions de solidarité spécifiques. L'article 51 est rédigé comme suit :

« Article 51

Degré élevé de solidarité du régime de prévoyance

51.1. Fonds de solidarité

Le présent accord présente 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 d'actions de solidarité spécifiques 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 ceux recommandés. Ces entreprises verseront cette part des cotisations à leur organisme.

Cette contribution doit permettre à l'ensemble des entreprises et des salariés de la branche de bénéficier d'un fonds de solidarité. Ce fonds garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques définies par l'article 51.2 du présent accord pour l'ensemble des salariés et entreprises relevant de la convention collective des détaillants en chaussures.

Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre la mise en œuvre du point IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

51.2. Actions de solidarité spécifiques

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de prévoyance 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 4

Modifications des garanties

Les garanties incapacité de travail et frais d'obsèques sont modifiées comme suit :

Article 4.1

Garantie incapacité de travail

L'article 46.1 *b* intitulé « Point de départ de la garantie » est désormais rédigé comme suit.

« *b*) Point de départ de la garantie

Les indemnités journalières complémentaires sont versées en complément et en relais des obligations de maintien par l'employeur. »

Les autres dispositions du présent article sont inchangées.

Article 4.2

Garantie frais d'obsèques

L'article 46.3.4 intitulé « Garantie frais d'obsèques » est précisé comme suit :

« Lors du décès du salarié il est versé à la personne ayant acquitté les frais d'obsèques une indemnité d'un montant égal à deux plafonds mensuels de la sécurité sociale en vigueur à la date du décès. Cette indemnité est limitée aux frais d'obsèques réellement engagés. »

Article 5

Taux de cotisations

L'article 47 est modifié comme suit :

(En pourcentage.)

GARANTIES	PERSONNEL AFFILIÉ À L'AGIRC		PERSONNEL NON AFFILIÉ À L'AGIRC	
	TA	TB	TA	TB
Capitaux décès	0,57	0,57	0,23	0,23
Rente éducation	0,12	0,12	0,07	0,07
Rente de conjoint	0,24	0,24	0,17	0,17

GARANTIES	PERSONNEL AFFILIÉ À L'AGIRC		PERSONNEL NON AFFILIÉ À L'AGIRC	
	TA	TB	TA	TB
Incapacité temporaire de travail	0,42	0,76	0,32	0,32
Invalidité	0,26	0,67	0,27	0,27
Total	1,61	2,36	1,06	1,06

La cotisation globale est répartie à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Pour le personnel affilié à l'AGIRC : la cotisation tranche A est intégralement à la charge de l'employeur à hauteur de 1,50 %. Le différentiel est réparti à 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié sur la tranche A. La cotisation tranche B est répartie à 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié.

Pour le personnel non affilié à l'AGIRC : la cotisation tranche A/tranche B est répartie à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié, étant précisé que la cotisation relative à la garantie "incapacité de travail" est intégralement à la charge du salarié. »

Article 6

Formalités administratives

La date d'effet du présent avenant est fixée au 1^{er} janvier 2016 et pour tous les sinistres survenant à compter de cette date.

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

A l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 12 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FDCE.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FDS CFDT ;

FEC FO.

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 :

FDCE.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FDS CFDT.

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

Hiérarchie 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 âgesb) Coqueluche : avant 14 ansc) Hépatite B : avant 14 ansd) BCG : avant 6 anse) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfantf) <i>Haemophilus influenzae</i> Bg) 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.

Brochure n° 3283

Convention collective nationale

IDCC : 2021. – GOLF

AVENANT N° 67 DU 19 OCTOBRE 2015

MODIFIANT LES ARTICLES 11.1 « PRÉVOYANCE DES SALARIÉS NON CADRES », 11.2 « PRÉVOYANCE DES SALARIÉS CADRES » ET 11.3 « COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ POUR LES CADRES ET NON-CADRES »

NOR : ASET1550996M

IDCC : 2021

PRÉAMBULE

La clause de désignation de la convention collective nationale du golf, qui couvre les salariés cadres et non cadres en prévoyance lourde et l'ensemble du personnel en frais de santé, arrivant à échéance au 31 décembre 2015, les partenaires sociaux de la branche du golf ont décidé de renégocier les dispositions relatives à l'ensemble de ces garanties à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les niveaux de ces garanties applicables à l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées par le champ d'application de la convention nationale collective du golf n'ont pas évolué, hormis les modifications suivantes relatives à la complémentaire santé :

- le niveau des garanties demeure inchangé mais la couverture est renforcée par les services d'un réseau de soins ;
- l'ensemble des salariés bénéficient de la couverture complémentaire santé sans condition d'ancienneté ;
- la répartition de la prise en charge de la cotisation pour la couverture complémentaire santé a évolué.

Les entreprises visées par le champ d'application de la convention collective nationale du golf sont tenues de respecter ces niveaux de garanties et ont le libre choix de leur organisme assureur. Les entreprises devront mettre en place un acte fondateur afin d'améliorer la répartition du taux de cotisation ou mettre en place des garanties supérieures.

La mise en place de ce dispositif nécessite un réaménagement des articles 11.1, 11.2 et 11.3 de la convention collective nationale relatifs aux garanties de prévoyance et de complémentaire frais de santé.

Le présent avenant annule et remplace tous les avenants conclus antérieurement relatifs à la prévoyance des salariés cadres, la prévoyance des salariés non cadres et à la complémentaire santé pour les cadres et non-cadres.

Article 1^{er}

Les articles 11.1, 11.2 et 11.3 sont modifiés comme suit.

« Article 11.1

Prévoyance des salariés non cadres

11.1.1. Champ d'application

1. Entreprises concernées par la couverture prévoyance des salariés non cadres

Sont concernées toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998.

2. Salariés couverts

Pour la garantie décès, tous les salariés non cadres, ne relevant pas de la convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947, des entreprises visées au 1 du présent article sont couverts sans condition d'ancienneté.

Pour la garantie incapacité de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle, sont couverts tous les salariés non cadres des entreprises visées au 1 du présent article, ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise, à l'exception des salariés relevant des cas particuliers ci-dessous.

Cas particuliers des salariés travaillant dans la branche du golf :

Les salariés non cadres ayant acquis préalablement le bénéfice de la garantie dans une autre entreprise relevant du champ d'application de la présente convention font l'objet, à leur demande, d'une affiliation aux garanties définies à l'article 11.1.3 dès lors que leur embauche intervient au plus tard dans les 12 mois suivant la fin de leur précédent contrat de travail.

La demande devra être formulée par le salarié au moment de l'embauche.

Si le salarié justifie de 1 an d'ancienneté en discontinu dans la branche sur une période de 3 ans, il peut, à sa demande, bénéficier de la couverture incapacité de travail, invalidité et incapacité permanente professionnelle.

11.1.2. Adhésion des entreprises et affiliation des salariés

1. Adhésion des entreprises

L'ensemble des entreprises visées à l'article 11.1.1.1 sont tenues d'adhérer à un contrat collectif et obligatoire de prévoyance mettant en œuvre la couverture définie par la présente convention collective nationale.

Cependant, les entreprises disposant déjà d'une couverture prévoyance au 1^{er} janvier 2016 et comprenant l'ensemble des garanties pour un niveau de prestations égal ou supérieur à celles définies à l'article 11.1.3 ne sont pas tenues de remettre en cause leurs propres garanties.

En revanche, les entreprises ayant mis en place avant le 1^{er} janvier 2016 une couverture prévoyance d'un niveau inférieur aux garanties définies à l'article 11.1.3 doivent se mettre en conformité avec les dispositions de la couverture conventionnelle.

2. Affiliation des salariés

Les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective nationale devront affilier l'ensemble des salariés visés à l'article 11.1.1.2 à un contrat collectif et obligatoire de prévoyance comprenant les garanties définies à l'article 11.1.3.

Pour la garantie décès, l'affiliation prendra effet à compter de l'embauche du salarié.

Seuls les salariés non cadres ayant acquis 4 mois d'ancienneté continus et plus dans l'entreprise seront affiliés aux garanties invalidité, incapacité temporaire et incapacité permanente professionnelle. L'affiliation prendra effet à compter du premier jour du mois civil suivant l'acquisition de la condition d'ancienneté.

Les salariés relevant des cas particuliers de l'article 11.1.1, 2, pourront être affiliés dès leur embauche.

Les garanties incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité et décès définies par la présente convention collective nationale, et dont bénéficient l'ensemble des salariés visés à l'article 11.1.1, 2, sont mises en œuvre par ledit contrat de prévoyance sur la base des garanties définies à l'article 11.1.3.

11.1.3. Définition des garanties

1. Incapacité temporaire de travail

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, professionnel ou non, le salarié bénéficie du versement d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime de base – régime agricole ou régime général.

Condition d'ancienneté

L'indemnité journalière complémentaire sera versée à tous les salariés non cadres ayant 1 an d'ancienneté continue dans l'entreprise, à l'exception des salariés relevant des cas particuliers de l'article 11.1.1.2, qui pourront bénéficier de l'indemnité journalière complémentaire dès leur embauche.

Délai de franchise

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient après le dernier jour d'absence ayant donné lieu à un complément de rémunération par l'employeur conformément aux articles L. 1226-1 et suivants du code du travail (loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 sur la mensualisation).

Cas particulier des salariés travaillent dans la branche du golf :

Pour les salariés relevant des cas particuliers de l'article 11.1.1, 2, n'ayant pas acquis 1 an d'ancienneté dans l'entreprise et qui ne peuvent prétendre au maintien de salaire des articles L. 1226-1 et suivants du code du travail, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- à compter du 8^e jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à une maladie, à un accident de la vie privée ou à un accident de trajet.

Montant de l'indemnisation

Le cumul de l'indemnité du régime de base et de l'indemnité complémentaire ne doit pas excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Le salarié n'ayant pas acquis le nombre d'heures suffisant par trimestre pour avoir droit aux prestations en espèces du régime de base n'ouvre pas droit à perception des indemnités du régime de base et percevra seulement le montant de l'indemnité complémentaire. Cette indemnité ne se substitue pas aux indemnités du régime de base. Les indemnités du régime de base seront calculées de manière théorique et seul le complément de rémunération sera versé.

Le montant des indemnités journalières complémentaires s'élève à :

ORIGINE	INDEMNISATION TA	INDEMNISATION TB
Maladie et accident résultant de la vie privée	15 % du salaire de référence	15 % du salaire de référence
Accident du travail ou maladie professionnelle	100 % du salaire de référence (déduction faite des indemnités du régime de base)	

Durée de l'indemnisation

L'indemnité complémentaire est versée jusqu'au premier des trois événements suivants : reprise d'activité, classement en invalidité par le régime de base ou liquidation des droits à la retraite.

2. Invalidité et incapacité permanente professionnelle

En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, si le salarié a un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33 %, il bénéficie du versement d'une pension complémentaire d'un montant égal à 20 % du salaire annuel de référence.

Cette pension ne pourra en aucun cas dépasser le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

3. Décès

En cas de décès du salarié, ses ayants droit bénéficient des prestations suivantes :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- le remboursement des frais d'obsèques.

Dans le cadre de la garantie décès, par conjoint, il faut entendre la personne mariée non séparée de corps. Sont assimilés au conjoint :

- la personne ayant conclu un Pacs ;
- le concubin, à condition de justifier d'au moins 2 ans de vie commune et d'être libre de tout lien de mariage ou de Pacs. La condition de durée est considérée comme remplie lorsque au moins un enfant est né de cette union.

Dans le cadre de la garantie décès, sont considérés comme "à charge" :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;
- les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus,

et ce :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition :
 - soit de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - soit d'être en apprentissage ;
 - soit de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou de plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - soit d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - soit d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail ou dans un métier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civil.

Capital décès

En cas de décès du salarié, l'organisme assureur choisi par l'entreprise verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) auprès de l'organisme assureur un capital d'un montant égal à 100 % du salaire annuel de référence.

En l'absence de désignation par le salarié, le capital sera versé dans l'ordre suivant :

- au conjoint ;
- à défaut, aux enfants ;
- à défaut, aux parents ;
- à défaut, aux grands-parents ;
- à défaut, aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Ce capital est versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (invalidité de 3^e catégorie).

Rente éducation

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du salarié, il est versé aux enfants à charge une rente annuelle égale à :

- 5 % du salaire annuel brut limité aux tranches A et B jusqu'au 16^e anniversaire ;
- 10 % du salaire annuel brut limité aux tranches A et B du 16^e anniversaire au 18^e anniversaire ;
- 10 % du salaire annuel brut limité aux tranches A et B du 18^e au 25^e anniversaire, sous la condition de poursuivre leurs études.

La rente est versée viagèrement aux enfants invalides déclarés avant leur 26^e anniversaire.

Elle est doublée pour les orphelins des deux parents.

Remboursement des frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un de ses enfants à charge, il sera procédé au remboursement des frais d'obsèques à celui qui les aura effectivement supportés. Ce remboursement est limité au plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès et exclut les frais relatifs à la construction d'un monument funéraire.

Exclusions

Les garanties susvisées ne font l'objet d'aucune exclusion, sauf :

- les exclusions générales : guerres mettant en cause l'Etat français ;
- les exclusions d'ordre public : le meurtre commis ou commandité par le bénéficiaire sur la personne du participant et pour lequel il a été condamné par une décision de justice devenue définitive. Dans cette situation, la garantie est acquise aux bénéficiaires subséquents du participant.

11.1.4. Salaire annuel de référence

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations correspond au total des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des 12 mois précédant l'événement.

Il sera calculé en tenant compte de tous les éléments contractuels entrant dans l'assiette des cotisations sociales, plafonnés au maximum de la tranche B.

Lorsque le salarié ne justifie pas de 12 mois entiers de rémunération dans l'entreprise adhérente, le salaire de référence pris en compte est le salaire mensuel moyen de la période considérée multiplié par 12 mois.

11.1.5. Revalorisation des prestations

Les prestations en cours de service (incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle et rente éducation) à la date d'entrée en vigueur de la couverture convention-

nelle ou résultant d'un arrêt de travail ou d'un décès antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme assureur chez qui les droits ont été ouverts.

En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

11.1.6. Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévoyance

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties de prévoyance 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, selon les conditions suivantes :

1° 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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que les salariés bénéficient à la date de cessation de leur contrat de travail de la couverture conventionnelle ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au niveau de la branche. Ainsi, en cas de modification ou de révision des garanties des salariés, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article. Il doit fournir notamment un justificatif de l'ouverture de ses droits à indemnisation chômage et s'engage à informer l'entreprise et son organisme assureur en cas de reprise d'une activité professionnelle et dès lors qu'il ne bénéficie plus d'aucune indemnisation au titre du chômage ;

6° L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'entreprise disposant de garanties prévoyance préalablement à l'entrée en vigueur du contrat doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer l'organisme assureur de la liste des anciens salariés dont la notification de la rupture de leur contrat de travail et susceptible d'ouvrir droit à portabilité.

Par la suite, en cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

11.1.7. Cotisations

1. Taux, assiette, répartition des cotisations

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale du golf ont défini un taux maximal de cotisation que les employeurs devront consacrer au financement des garanties définies à l'article 11.1.3.

Le taux maximal global consacré au financement de l'ensemble des garanties définies à l'article 11.1.3 figure dans le tableau des cotisations ci-dessous.

Ces cotisations maximales sont fixées au titre des exercices 2016, 2017 et 2018. Au-delà de 2018, ils feront l'objet d'un réexamen annuel en commission paritaire.

Ces cotisations devront être assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de la sécurité sociale ou de la MSA, la cotisation étant répartie selon les pourcentages définis par les partenaires sociaux de la branche d'activité, à savoir :

- 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Leur versement relève de la responsabilité des entreprises visées à l'article 11.1.1.1.

Elles sont appelées pour les salariés :

- dès l'embauche, pour les cotisations décès ;
- à compter du 5^e mois (4 mois d'ancienneté), pour les garanties invalidité et incapacité temporaire et permanente professionnelle.

Pour les salariés relevant des cas particuliers de l'article 11.1.1.1, l'ensemble des cotisations sera appelé à compter de la nouvelle embauche.

Tableau des taux de cotisations

(En pourcentage.)

	TA			TB		
	Part patronale	Part salariale	Total	Part patronale	Part salariale	Total
Garantie décès	0,10		0,10	0,10		0,10
Rente éducation	0,04	0,06	0,10	0,03	0,07	0,10
Frais d'obsèques		0,02	0,02			
Garantie décès	0,14	0,08	0,22	0,13	0,07	0,20
Incapacité temporaire		0,12	0,12		0,12	0,12
Incapacité permanente et invalidité	0,15		0,15	0,15		0,15
Garantie incapacité et invalidité	0,15	0,12	0,27	0,15	0,12	0,27
Total décès + incapacité	0,29	0,20	0,49	0,28	0,19	0,47

2. Caractère obligatoire de la couverture conventionnelle

En raison du caractère obligatoire de leur affiliation au contrat collectif de prévoyance souscrit par l'entreprise pour répondre à ses obligations conventionnelles, les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

11.1.8. Maintien des garanties et des prestations en cas de changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur :

- les prestations incapacité temporaire et incapacité permanente professionnelle en cours de service seront maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation ;
- il appartiendra aux parties signataires d'organiser avec le nouvel assureur la poursuite de la revalorisation des prestations incapacité temporaire et permanente ;
- la couverture décès sera également maintenue aux salariés ou anciens salariés indemnisés au titre des présentes garanties incapacité temporaire et permanente.

Article 11.2

Prévoyance des salariés cadres

11.2.1. Champ d'application

1. Entreprises concernées par la couverture prévoyance des salariés cadres

Sont concernées toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998.

2. Salariés couverts

Tous les salariés cadres, relevant de la convention collective nationale AGIRC du 14 mars 1947, des entreprises visées au 1 du présent article sont couverts sans condition d'ancienneté.

Toutefois, la couverture mise en place dans le cadre de la présente convention collective nationale ne s'applique pas aux salariés cadres relevant de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952.

11.2.2. Adhésion des entreprises et affiliation des salariés

1. Adhésion des entreprises

L'ensemble des entreprises visées à l'article 11.2.1.1 sont tenues d'adhérer à un contrat collectif et obligatoire de prévoyance mettant en œuvre la couverture définie par la présente convention collective nationale.

Cependant, les entreprises disposant déjà d'une couverture prévoyance au 1^{er} janvier 2016 et comprenant l'ensemble des garanties pour un niveau de prestations égales ou supérieures à celles définies à l'article 11.2.4 ne sont pas tenues de remettre en cause leurs propres garanties.

En revanche, les entreprises ayant mis en place avant le 1^{er} janvier 2016 une couverture prévoyance d'un niveau inférieur aux garanties définies à l'article 11.2.3 doivent se mettre en conformité avec les dispositions de la couverture conventionnelle.

2. Affiliation des salariés

Les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective nationale devront affilier l'ensemble des salariés visés à l'article 11.2.1.2 au contrat collectif et obligatoire de prévoyance.

L'affiliation pour l'ensemble des garanties prend effet à compter de l'embauche du salarié.

Les garanties incapacité temporaire, incapacité permanente professionnelle, invalidité et décès définies par la présente convention collective nationale, et dont bénéficient l'ensemble des salariés visés à l'article 11.2.1.2, sont mises en œuvre par ledit contrat de prévoyance sur la base du résumé des garanties définies à l'article 11.1.3.

11.2.3. Définition des garanties

1. Incapacité temporaire de travail

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, professionnel ou non, le salarié bénéficie du versement d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par le régime général de la sécurité sociale.

Délai de franchise

Si le salarié ne justifie pas de 1 an d'ancienneté dans l'entreprise et que par conséquent il ne peut prétendre au maintien de salaire des articles L. 1226-1 et suivants du code du travail, le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient :

- à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;

- à compter du 8^e jour d'arrêt de travail, si celui-ci est consécutif à une maladie, à un accident de la vie privée ou à un accident de trajet.

Si le salarié justifie de 1 an d'ancienneté dans l'entreprise :

Le versement de l'indemnité journalière complémentaire intervient après le dernier jour d'absence ayant donné lieu à un complément de rémunération par l'employeur en application des articles L. 1226-1 et suivants du code du travail.

Montant de l'indemnisation

Le cumul de l'indemnité du régime de base et de l'indemnité complémentaire ne doit pas excéder le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

Le salarié n'ayant pas acquis le nombre d'heures suffisant par trimestre pour avoir droit aux prestations en espèces du régime de base n'ouvre pas droit à perception des indemnités du régime de base et percevra seulement le montant de l'indemnité complémentaire. Cette indemnité ne se substitue pas aux indemnités du régime de base. Les indemnités du régime de base seront calculées de manière théorique et seul le complément de rémunération sera versé.

Le montant des indemnités journalières complémentaires s'élève à :

ORIGINE	INDEMNISATION TA	INDEMNISATION TB/TC
Maladie et accident résultant de la vie privée	20 % du salaire de référence	70 % du salaire de référence
Accident du travail ou maladie professionnelle	100 % du salaire de référence (déduction faite des indemnités du régime de base)	

Durée de l'indemnisation

L'indemnité complémentaire est versée jusqu'au premier des trois événements suivants : reprise d'activité, classement en invalidité par le régime de base et mise à la retraite.

2. Invalidité et incapacité permanente professionnelle

En cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie, ou en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, si le salarié a un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33 %, il bénéficie du versement d'une pension complémentaire d'un montant égal à :

- 20 % du salaire de référence pour la tranche A ;
- 70 % du salaire de référence pour les tranches B et C.

Cette pension ne pourra en aucun cas dépasser le salaire net qu'aurait perçu le salarié en activité.

3. Décès

En cas de décès du salarié, ses ayants droit bénéficient des prestations suivantes :

- un capital décès ;
- une rente éducation ;
- le remboursement des frais d'obsèques.

Dans le cadre de la garantie décès, par conjoint, il faut entendre la personne mariée non séparée de corps. Sont assimilés au conjoint :

- les personnes ayant conclu un Pacs ;
- les concubins, à condition de justifier d'au moins 2 ans de vie commune et d'être libres de tout lien de mariage ou de Pacs. La condition de durée est considérée comme remplie lorsque au moins un enfant est né de cette union.

Dans le cadre de la garantie décès, sont considérés comme "à charge" :

- les enfants à naître ;

- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un Pacs – du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire ;
- les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus,

et ce :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous condition :
 - soit de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - soit d'être en apprentissage ;
 - soit de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et, d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou de plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - soit d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - soit d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail ou dans un métier protégé en tant que travailleurs handicapés ;
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

Capital décès

En cas de décès du salarié, il sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital d'un montant égal à 150 % du salaire annuel de référence.

Le capital sera versé en premier lieu au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le salarié et, en l'absence de désignation, dans l'ordre suivant :

- au conjoint ;
- à défaut, aux enfants ;
- à défaut, aux parents ;
- à défaut, aux grands-parents ;
- à défaut, aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

Les majorations familiales sont versées dans tous les cas aux seules personnes qui les ont générées.

Montant du capital décès en cas de décès non accidentel :

Capital de base	Quelle que soit la situation familiale	150 % du salaire annuel de référence
Majorations familiales	Par enfant à charge	+ 75 % du salaire annuel de référence

Montant du capital décès en cas de décès accidentel :

L'accident se définit, d'une façon générale, comme l'atteinte corporelle, mais non intentionnelle de la part du participant, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Le décès ne peut être considéré comme accidentel que s'il survient dans un délai maximum de 12 mois à compter du jour de l'accident. La preuve de la nature accidentelle du décès ou de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès incombe aux bénéficiaires. En outre, l'affiliation du participant au contrat doit toujours être en vigueur à la date du décès.

Capital de base	Quelle que soit la situation familiale	225 % du salaire annuel de référence
Majorations familiales	Par enfant à charge	+ 112,50 % du salaire annuel de référence

Invalidité absolue et définitive :

Ce capital est versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive du salarié (invalidité de 3^e catégorie).

Rente éducation

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du salarié, il est versé aux enfants à charge une rente égale à :

- 5 % du salaire annuel brut TA/TB-TC jusqu'au 16^e anniversaire ;
- 10 % du salaire annuel brut TA/TB-TC du 16^e au 18^e anniversaire ;
- 10 % du salaire annuel brut TA/TB-TC du 18^e au 25^e anniversaire, sous la condition de poursuivre leurs études.

La rente est versée viagèrement aux enfants invalides déclarés avant leur 26^e anniversaire. Elle est doublée pour les orphelins des deux parents.

Remboursement des frais d'obsèques

En cas de décès du salarié, de son conjoint ou d'un de ses enfants à charge, il sera procédé au remboursement des frais d'obsèques à celui qui les aura effectivement supportés. Ce remboursement est limité au plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès et exclut les frais relatifs à la construction d'un monument funéraire.

Exclusions

Les garanties susvisées ne font l'objet d'aucune exclusion, sauf :

- les exclusions générales : guerres mettant en cause l'Etat français ;
- les exclusions d'ordre public : le meurtre commis ou commandité par le bénéficiaire sur la personne du participant et pour lequel il a été condamné par une décision de justice devenue définitive. Dans cette situation, la garantie est acquise aux bénéficiaires subséquents du participant.

11.2.4. Salaire annuel de référence

Le salaire de référence pris en compte pour le calcul des prestations correspond au total des rémunérations brutes perçues par le salarié au cours des 12 mois précédant l'événement.

Il sera calculé en tenant compte de tous les éléments contractuels entrant dans l'assiette des cotisations sociales.

Lorsque le participant ne justifie pas de 12 mois entiers de rémunération dans l'entreprise adhérente, le salaire de référence pris en compte est le salaire mensuel moyen de la période considérée multiplié par 12 mois.

11.2.5. Revalorisation des prestations

Les prestations en cours de service (incapacité temporaire de travail, invalidité, incapacité permanente professionnelle et rente éducation) à la date d'entrée en vigueur de la couverture conventionnelle ou résultant d'un arrêt de travail ou d'un décès antérieur à cette même date continuent à être supportées par l'organisme assureur chez qui les droits ont été ouverts.

En revanche, les revalorisations postérieures à cette même date d'entrée en vigueur sont prises en charge par le nouvel organisme assureur choisi par l'entreprise.

11.2.6. Maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévoyance

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties de prévoyance 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, selon les conditions suivantes :

1° 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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que les salariés bénéficient à la date de cessation de leur contrat de travail de la couverture conventionnelle ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au niveau de la branche. Ainsi, en cas de modification ou de révision des garanties des salariés, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article. Il doit fournir notamment un justificatif de l'ouverture de ses droits à indemnisation chômage et s'engage à informer l'entreprise et son organisme assureur en cas de reprise d'une activité professionnelle et dès lors qu'il ne bénéficie plus d'aucune indemnisation au titre du chômage ;

6° L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

L'entreprise disposant de garanties prévoyance préalablement à l'entrée en vigueur du contrat doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer l'organisme assureur de la liste des anciens salariés dont la notification de la rupture de leur contrat de travail et susceptible d'ouvrir droit à portabilité.

Par la suite, en cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

11.2.7. Cotisations

1. Taux, assiette et répartition des cotisations

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale du golf ont défini un taux maximal de cotisation que les employeurs devront consacrer au financement des garanties définies à l'article 11.2.3.

Le taux maximal global consacré au financement de l'ensemble des garanties définies à l'article 11.2.3 figure dans le tableau des cotisations ci-dessous.

Ces cotisations maximales sont fixées au titre des exercices 2016, 2017 et 2018. Au-delà de 2018, ils feront l'objet d'un réexamen annuel en commission paritaire.

En application de l'article 7 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947, les cotisations assises sur la tranche A du salaire sont exclusivement à la charge de l'employeur (soit 1,50 % TA).

Ces cotisations devront être assises sur la totalité des rémunérations brutes entrant dans l'assiette des cotisations du régime de base de la sécurité sociale ou de la MSA, la cotisation étant répartie selon les pourcentages définis par les partenaires sociaux de la branche d'activité, à savoir :

– 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Leur versement relève de la responsabilité des entreprises visées à l'article 11.1.1.1.

Elles sont appelées pour les salariés dès leur embauche.

Tableau des taux de cotisations

(En pourcentage.)

	TA			TB ET TC		
	Part patronale	Part salariale	Total	Part patronale	Part salariale	Total
Capital décès	0,54		0,54	0,32		0,32
Rente éducation	0,14		0,14	0,14		0,14
Frais d'obsèques	0,02		0,02			
Garantie décès	0,70		0,70	0,46		0,46
Incapacité temporaire	0,46		0,46	0,20	0,79	0,99
Incapacité permanente et invalidité	0,34		0,34	0,52		0,52
Garantie incapacité et invalidité	0,80		0,80	0,72	0,79	1,51
Total décès + incapacité	1,50		1,50	1,18	0,79	1,97

2. Caractère obligatoire de la couverture conventionnelle

En raison du caractère obligatoire de leur affiliation au contrat collectif de prévoyance, les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

11.2.8. Maintien des garanties et des prestations en cas de changement d'organisme assureur

En cas de changement d'organisme assureur :

- les prestations d'incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle et la rente éducation en cours de service seront maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation ;
- il appartiendra aux entreprises relevant de la présente convention d'organiser avec le nouvel assureur la poursuite de la revalorisation des prestations incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente professionnelle et la rente éducation ;
- la couverture décès sera également maintenue aux salariés ou anciens salariés indemnisés au titre des présentes garanties incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle.

Article 11.3

Complémentaire frais de santé pour l'ensemble du personnel

11.3.1. Champ d'application

11.3.1.1. Entreprises

Toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998 sont tenues de mettre en œuvre les dispositions relatives aux garanties frais de santé de l'ensemble de leurs salariés.

Sont concernées par la présente couverture toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998 tel que défini en son article 1.1.

11.3.1.2. Salariés bénéficiaires

Tous les salariés cadres et non cadres des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale du golf bénéficient dès leur embauche des présentes dispositions.

Toutefois, la couverture mise en place dans le cadre de la présente convention collective nationale ne s'applique pas aux salariés cadres relevant de la convention collective nationale de prévoyance des ingénieurs et cadres d'entreprises agricoles du 2 avril 1952.

Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas être affiliés à la présente couverture les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire dans le cadre d'un autre emploi au sein de la branche ou non ;
- salariés à temps partiel pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés bénéficiant en qualité d'ayant droit de leur conjoint d'une couverture complémentaire santé familiale collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalent ;
- salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

La mise en œuvre d'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse du salarié concerné.

Au moment de la mise en place de la couverture, la demande de dispense devra être adressée à l'employeur avant la fin du mois, puis au 1^{er} janvier de chaque année.

Le salarié devra produire chaque année à son employeur les justificatifs permettant de vérifier les conditions de la dispense.

La dispense prend fin en cas de modification de la situation du salarié ne lui permettant plus d'en justifier les conditions, en cas de non-renouvellement annuel des justificatifs ou à sa demande. Il doit alors obligatoirement en informer l'employeur et cotiser à l'assurance complémentaire santé à compter du mois civil suivant.

Dans les cas d'exclusion ou de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont pas dues ni par le salarié ni par l'employeur.

11.3.2. Garanties

1. Couverture salarié isolé

La couverture conventionnelle prévue dans les tableaux ci-après frais de santé couvre à titre obligatoire le salarié seul (couverture "isolé").

La couverture frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations de la présente couverture frais de santé respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, elle ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Elle répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optique, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

En tout état de cause, les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables".

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient également des services proposés par un réseau de soins.

2. Couverture des ayants droit

En sus de la couverture "isolé", l'employeur peut également mettre en place une complémentaire santé familiale obligatoire. Cette couverture devra prévoir une structure tarifaire "famille" ainsi qu'une structure tarifaire "monoparentale".

Si l'employeur choisit de ne mettre en place que la couverture "isolé", le salarié peut opter pour la formule complémentaire santé familiale, selon l'une des structures tarifaires propre à sa situation (famille ou monoparentale). Les garanties souscrites à titre facultatif par le salarié lui sont accordées moyennant le paiement intégral de cotisation additionnelle.

Pour la couverture "famille" sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint, concubin ou cosignataire du Pacs sur présentation de justificatifs ;
- les enfants âgés de moins de 18 ans non salariés et les enfants âgés de moins de 28 ans qui justifient :
 - de la poursuite d'études ;
 - d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance ;
 - de leur première inscription en tant que demandeurs d'emploi non indemnisés au titre de la réglementation en vigueur ;
- les personnes vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge au sens fiscal du terme sur présentation d'un justificatif (ascendants, descendants et collatéraux), sauf refus exprès du représentant légal.

Pour la couverture "monoparental", sont considérés comme enfants du salarié :

- les enfants âgés de moins de 18 ans non salariés et les enfants âgés de moins de 28 ans qui justifient :
 - de la poursuite d'études ;
 - d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance ;
 - de leur première inscription en tant que demandeurs d'emploi non indemnisés au titre de la réglementation en vigueur.

3. Garantie optionnelle

En complément de la couverture conventionnelle, les partenaires sociaux ont défini une garantie optionnelle.

La garantie optionnelle est exprimée dans le tableau de garanties ci-dessous en incluant les garanties du socle.

Tableau des garanties santé hors Alsace-Moselle

Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau ci-dessous, sauf en cas d'épuisement du forfait équipement.

Nature des risques	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
	Hors Alsace-Moselle	Garantie Socle CCN Golf	Garantie Optionnelle CCN incluant la Garantie Socle Golf
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
• Frais de soins secteur conventionné ⁽¹⁾	80% / 100% BR	100% BR	Frais Réels
• Honoraires praticiens hospitaliers signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ⁽²⁾	80% / 100% BR	300% BR	350% BR
• Honoraires praticiens hospitaliers non signataires du CAS ⁽²⁾	80% / 100% BR	225% BR	225% BR
• Forfait hospitalier secteur conventionné	-	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽³⁾	-	Plafond 45€/jour	Plafond 75€/jour
• Frais d'accompagnement enfant <16 ans	-	Plafond 30€/jour	Plafond 40€/jour
• Transports ambulance remboursés par le régime de base	65% BR	100% BR	100% BR
• Naissance ou adoption (enfant <10 ans) ⁽⁴⁾	-	10% PMSS	15% PMSS
Frais médicaux			
• Consultations, visites de médecins généralistes signataires du CAS ⁽²⁾	70% BR	150% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins généralistes non signataires du CAS ⁽²⁾	70% BR	130% BR	180% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes signataires du CAS ⁽²⁾	70% BR	170% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes non signataires du CAS ⁽²⁾	70% BR	150% BR	180% BR
• Actes techniques médicaux : (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) signataires du CAS ⁽²⁾	70% BR	160% BR	200% BR
• Actes techniques médicaux : (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) non signataires du CAS ⁽²⁾	70% BR	140% BR	180% BR
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	70% BR	Frais Réels	Frais Réels
• Examens de laboratoire	60% BR	160% BR	200% BR
• Auxiliaires médicaux (kinés, infirmiers...)	60% BR	160% BR	200% BR
• Actes de prévention (Cf décret du 18 novembre 2015)	-	100% BR	-
Pharmacie			
• Médicaments remboursés à 65 % ou 30 % par le RO	65% BR / 30% BR	100% BR / 100% BR	100% BR / 100% BR
• Médicaments remboursés à 15 % par le RO	15% BR	15% BR	15% BR
Optique ⁽⁵⁾			
• Equipement verres simples avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	100% BR + plafond de 230€	100% BR + plafond de 300€
• Equipement verres complexes ⁽⁶⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	100% BR + plafond de 380€	100% BR + plafond de 550€
• Equipement verres très complexes ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	100% BR + plafond de 450€	100% BR + plafond de 600€
• Lentilles acceptées (plafond annuel)	60% BR	100% BR + plafond de 200€	100% BR + plafond de 200€
• Lentilles refusées, jetables (plafond annuel)	-	Plafond de 100€	Plafond de 200€
• Chirurgie corrective (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	-	-	Plafond de 400€
Dentaire			
• Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le RO)	70% BR	100% BR	170% BR
• Prothèses remboursées par le RO (y compris couronne implanto-portée)	70% BR	125% BR	125% BR
• Complément prothèses dentaires remboursées*	-	375% BR	495% BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO* ⁽⁸⁾	-	200% BR	200% BR
*Plafond annuel prothèses dentaires	-	1 500€	1 500€
• Orthodontie acceptée par le RO	100% BR	300% BR	450% BR
• Implants dentaires non remboursés par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	Plafond de 200€	Plafond de 200€
• Paradontologie non remboursée par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	-	Plafond de 100€
Appareillage			
• Prothèses auditives acceptées	60% BR	300% BR / prothèse	400% BR / prothèse
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages (y compris véhicules pour handicapé physique accepté par le RO), prothèses orthopédiques ⁽⁹⁾	60% BR ou 100% BR	250% BR	290% BR
Cures thermales ⁽¹⁰⁾			
• Cure thermale acceptée par le RO	70 % BR / 65 % BR	100% BR	100% BR / 100% BR
Bien-être			
• Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture)		Plafond de 80€/an	Plafond de 80€/an
Assistance			
Réseau de soins		24 h / 24 OUI	24 h / 24 OUI

Tableau des garanties santé Alsace-Moselle

Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau ci-dessous, sauf en cas d'épuisement du forfait équipement.

Nature des risques	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
	Hors Alsace-Moselle	Garantie Socle CCN Golf	Garantie Optionnelle CCN incluant la Garantie Socle Golf
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
• Frais de soins secteur conventionné ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	Frais Réels
• Honoraires praticiens hospitaliers signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ⁽²⁾	100% BR	300% BR	350% BR
• Honoraires praticiens hospitaliers non signataires du CAS ⁽²⁾	100% BR	225% BR	225% BR
• Forfait hospitalier secteur conventionné	100% BR	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽³⁾	-	Plafond 45€/jour	Plafond 75€/jour
• Frais d'accompagnement enfant <16 ans	-	Plafond 30€/jour	Plafond 40€/jour
• Transports ambulance remboursés par le régime de base	100% BR	100% BR	100% BR
• Naissance ou adoption (enfant <10 ans) ⁽⁴⁾	-	10% PMSS	15% PMSS
Frais médicaux			
• Consultations, visites de médecins généralistes signataires du CAS ⁽²⁾	90% BR	150% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins généralistes non signataires du CAS ⁽²⁾	90% BR	130% BR	180% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes signataires du CAS ⁽²⁾	90% BR	170% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes non signataires du CAS ⁽²⁾	90% BR	150% BR	180% BR
• Actes techniques médicaux : (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) signataires du CAS ⁽²⁾	90% BR	160% BR	200% BR
• Actes techniques médicaux : (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements...) non signataires du CAS ⁽²⁾	90% BR	140% BR	180% BR
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels
• Examens de laboratoire	90% BR	160% BR	200% BR
• Auxiliaires médicaux (kinés, infirmiers...)	90% BR	160% BR	200% BR
• Actes de prévention (Cf décret du 18 novembre 2005)	-	100% BR	-
Pharmacie			
• Médicaments remboursés à 65 % ou 30 % par le RO	90% BR / 80% BR	100% BR / 100% BR	100% BR / 100% BR
• Médicaments remboursés à 15 % par le RO	15% BR	15% BR	15% BR
Optique ⁽⁵⁾			
• Equipement verres simples avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	100% BR + plafond de 230€	100% BR + plafond de 300€
• Equipement verres complexes ⁽⁶⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	100% BR + plafond de 380€	100% BR + plafond de 550€
• Equipement verres très complexes ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	100% BR + plafond de 450€	100% BR + plafond de 600€
• Lentilles acceptées (plafond annuel)	90% BR	100% BR + plafond de 200€	100% BR + plafond de 200€
• Lentilles refusées, jetables (plafond annuel)	-	Plafond de 100€	Plafond de 200€
• Chirurgie corrective (myopie, presbytie) et implants oculaires (par oeil) hors honoraires	-	-	Plafond de 400€
Dentaire			
• Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le RO)	90% BR	100% BR	170% BR
• Prothèses remboursées par le RO (y compris couronne implanto-portée)	90% BR	125% BR	125% BR
• Complément prothèses dentaires remboursées*	-	375% BR	495% BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO* ⁽⁸⁾	-	200% BR	200% BR
*Plafond annuel prothèses dentaires		1 500€	1 500€
• Orthodontie acceptée par le RO	100% BR	300% BR	450% BR
• Implants dentaires non remboursés par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	Plafond de 200€	Plafond de 200€
• Paradontologie non remboursée par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	-	Plafond de 100€
Appareillage			
• Prothèses auditives acceptées	90% BR	300% BR / prothèse	400% BR / prothèse
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages (y compris véhicules pour handicapé physique accepté par le RO), prothèses orthopédiques ⁽⁹⁾	90% BR ou 100% BR	250% BR	290% BR
Cures thermales ⁽¹⁰⁾			
• Cure thermique acceptée par le RO	90 % BR / 65 % BR	100% BR	100% BR / 100% BR
Bien-être			
• Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture)		Plafond de 80€/an	Plafond de 80€/an
Assistance			
Réseau de soins			
		24 h / 24	24 h / 24
		OUI	OUI

Lexique :

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (en 2015 : 3 170 €).

BR : base de remboursement.

Les franchises médicales, ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale) prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement.

(1) Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone.

(2) Le contrat d'accès aux soins (CAS) est un dispositif par lequel le médecin s'engage à modérer ses tarifs.

(3) Prise en charge limitée à 60 jours par an en hospitalisation ; 45 jours par an en psychiatrie ; 12 jours par an en maternité ; pas de prise en charge

pour l'hospitalisation de jour.

(4) Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou son adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

(5) Le plafond biennal (1 consommation tous les 2 ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

(6) Sont compris dans les verres complexes les verres mixtes (simple et complexe).

(7) Sont compris dans les verres très complexes les verres complexes, les verres mixtes (complexe et très complexe ou simple et très complexe).

(8) La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible à plaque base résine de 1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

(9) Podo-orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricyles et châssis. Pour les prothèses optiques et auditives, il faut se reporter aux postes correspondants.

(10) Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

11.3.3. Antériorité des régimes d'assurance complémentaire santé d'entreprise

Les entreprises disposant déjà d'une couverture complémentaire frais de santé au 1^{er} janvier 2016, comprenant l'ensemble des garanties définies à l'article 11.3.2 pour un niveau de prestations égales ou supérieures, peuvent conserver leur régime.

Par niveau de prestations égales ou supérieures, il faut entendre des garanties égales ou supérieures pour chaque ligne de prestations et non sur une seule d'entre elles. En outre, les garanties en place doivent s'adresser à la même population que celle définie aux articles 11.3.1.2 et 11.3.5.

En revanche, les entreprises ayant mis en place, avant le 1^{er} janvier 2016, une couverture obligatoire complémentaire frais de santé de niveau inférieur aux garanties définies à l'article 11.3.2 doivent se mettre en conformité avec les dispositions de la couverture conventionnelle.

11.3.4. Cotisations et prestations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la mise place de la couverture frais de santé.

Les parties signataires pourront convenir d'une révision des garanties en tout ou partie, à cette occasion.

11.3.4.1. Répartition des taux de cotisations

Les garanties sont accordées aux salariés, et éventuellement à tout ou partie de leurs ayants droit, moyennant une cotisation maximale qui devra être établie selon l'une des trois structures tarifaires définies précédemment, au choix de l'employeur (isolé, famille, monoparentale).

Conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, l'employeur prend en charge 50 % de la cotisation afférente à la couverture mise en place à titre obligatoire dans l'entreprise, y compris lorsque la garantie optionnelle et la couverture des ayants droit sont rendues obligatoires.

Tableau des taux de cotisations

(Applicables que la couverture soit mise à titre obligatoire ou facultative s'agissant de la garantie optionnelle et de l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié)

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale du golf ont défini un taux maximal de cotisation que les employeurs devront consacrer au financement des garanties définies à l'article 11.3.2.

Les cotisations maximales sont fixées au titre des exercices 2016 et 2017. Au-delà de 2017, ils feront l'objet d'un réexamen annuel en commission paritaire.

Taux de cotisations en % PMSS et TTC

Régime agricole

(En pourcentage.)

HORS ALSACE-MOSELLE			ALSACE-MOSELLE		
Actifs en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)	Actifs en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)
Isolé	1,13	1,53	Isolé	0,86	1,16
Isolé + enfant	1,96	2,72	Isolé + enfant	1,49	2,04
Famille	2,94	4,39	Famille	2,22	3,30
Loi Evin en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)	Loi Evin en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)
Isolé	1,69	2,30	Isolé	1,29	1,74
Isolé + enfant	2,93	4,08	Isolé + enfant	2,23	3,06
Famille	4,42	6,58	Famille	3,33	4,96

Taux de cotisations en % PMSS et TTC

Régime général

(En pourcentage.)

HORS ALSACE-MOSELLE			ALSACE-MOSELLE		
Actifs en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)	Actifs en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)
Isolé	1,20	1,63	Isolé	0,92	1,23
Isolé + enfant	2,08	2,90	Isolé + enfant	1,59	2,17
Famille	3,14	4,68	Famille	2,37	3,52
Loi Evin en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)	Loi Evin en % PMSS	Socle CCN golf	Garantie optionnelle (y compris socle)
Isolé	1,80	2,45	Isolé	1,38	1,85
Isolé + enfant	3,13	4,35	Isolé + enfant	2,38	3,26
Famille	4,71	7,02	Famille	3,55	5,28

11.3.4.2. Règlement des prestations

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans la notice d'information remise aux employeurs et aux salariés.

11.3.4.3. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice des garanties mises en place dans le cadre de la présente couverture est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Dans ce cas, les cotisations correspondantes continuent d'être versées normalement, par l'employeur et le salarié, à charge pour l'employeur d'en assurer le reversement complet auprès de l'organisme assureur.

En cas de suspension du contrat de travail à l'initiative du salarié ne donnant pas lieu à indemnisation et intervenant après la date d'affiliation au régime, les garanties prévues par la présente couverture peuvent continuer à être accordées, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande expresse et qu'il règle la totalité de la cotisation correspondante directement auprès de l'organisme assureur.

11.3.5. Cessation et maintien des garanties

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise adhérente.

11.3.5.1. Maintien des droits pendant un délai maximum de 12 mois (portabilité des droits, art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale)

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties de complémentaire frais de santé 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, selon les conditions suivantes :

1° 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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur, c'est-à-dire que les salariés bénéficient à la date de cessation de leur contrat de travail de la couverture conventionnelle ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au niveau de la branche. Ainsi, en cas de modification ou de révision des garanties des salariés, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions ;

4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article. Il doit fournir notamment un justificatif de l'ouverture de ses droits à indemnisation chômage et s'engage à informer l'entreprise et son organisme assureur en cas de reprise d'une activité professionnelle et dès lors qu'il ne bénéficie plus d'aucune indemnisation au titre du chômage ;

5° L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Les ayants droit du salarié couverts par la présente couverture au moment de la rupture du contrat de travail bénéficient également de ce maintien.

L'entreprise disposant de garanties santé préalablement à l'entrée en vigueur du contrat doit, dans un délai de 30 jours suivant la souscription du contrat, informer l'organisme assureur de la liste des

anciens salariés dont la notification de la rupture de leur contrat de travail et susceptible d'ouvrir droit à portabilité.

Par la suite, en cas de changement d'organisme assureur, le nouvel assureur doit prendre en charge les bénéficiaires de la portabilité à compter de la date d'effet du nouveau contrat collectif.

11.3.5.2. Possibilité de souscription volontaire du salarié (loi Evin)

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés pouvant souscrire, à titre individuel, une garantie complémentaire frais de santé, dans les conditions prévues audit article, sont :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit d'un salarié décédé.

Dans tous les cas, ce maintien est accordé dans le cadre d'une affiliation individuelle facultative proposée par l'organisme assureur. Les tarifs applicables à ces anciens salariés sont plafonnés à 150 % des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de portabilité.

La demande de maintien de la garantie frais de santé devra être adressée dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité des droits, telle que prévue à l'article 11.3.5.1. »

Article 2

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent avenant si les circonstances en démontrent l'utilité.

Article 3

A l'issue d'une procédure de mise en concurrence, les partenaires sociaux ont négocié les garanties et taux de cotisation du présent avenant chez AGRICA, l'institution CCPMA Prévoyance en coassurance avec CCMO Mutuelle. Ils se réservent le droit de les modifier ultérieurement.

Article 4

Les partenaires sociaux signataires s'engagent à déposer le texte du présent avenant à la direction des relations du travail ainsi qu'au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir l'extension auprès du ministère concerné.

Fait à Levallois-Perret, le 19 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

GFGA ;
GEGE.

Syndicats de salariés :

CGT ;
CFDT ;
CGT-FO ;
CFTC ;
CFE-CGC.

Brochure n° 3152

Convention collective nationale
IDCC : 1044. – HORLOGERIE
(Commerces de gros de l'horlogerie
et branches annexes)

AVENANT N° 7 DU 12 JUIN 2015
À L'ACCORD DU 13 FÉVRIER 2008
RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

NOR : ASET1550999M
IDCC : 1044

PRÉAMBULE

Le présent avenant annule et remplace l'ensemble des dispositions de l'accord du 13 février 2008 ainsi que ses avenants des 4 novembre 2008, 29 mars 2010, 12 janvier 2012, 21 mars 2012, 12 septembre 2012 et 22 janvier 2014.

Il fait suite au réexamen du régime de prévoyance en vigueur réalisé par les partenaires sociaux de la branche.

Ce réexamen a eu pour but de proposer une protection sociale de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche dans le cadre des nouvelles règles relatives à la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

A cette fin, la mise en œuvre d'une procédure de consultation et de mise en concurrence garantissant l'impartialité, la transparence et l'égalité de traitement entre les candidats dans le respect de la législation a permis aux partenaires sociaux de choisir l'organisme assureur le mieux-disant.

Les travaux des partenaires sociaux permettent aujourd'hui de proposer une couverture de protection sociale conventionnelle renouvelée tout en garantissant, grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche, dans le cadre d'une recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et des contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise de la branche, de garanties identiques, d'un tarif unique encadré par un maintien de taux et d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application et d'en assurer la pérennité.

Le nouveau régime de prévoyance 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.

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Cet accord a pour objet la modification du régime de prévoyance mutualisé avec l'ensemble des entreprises de la branche. Ce régime à caractère collectif, obligatoire et généralisé vise l'ensemble du personnel, cadres et non-cadres, présent à l'effectif des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'horlogerie, commerces de gros (IDCC n° 1044).

La notion de salarié présent à l'effectif comprend tous les salariés, au travail ou en arrêt pour cause de maladie, de maternité ou d'accident au jour de l'entrée en vigueur du nouveau régime de prévoyance.

Le régime ne s'applique pas aux voyageurs représentants et placiers (VRP) entrant dans le champ d'application de l'article 7 de la convention collective nationale du 14 mars 1947.

Article 2

Information des salariés

Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, il est rappelé que les entreprises devront remettre à chaque salarié la notice d'information qui leur a été fournie par les organismes assureurs afin de leur faire connaître les caractéristiques du régime (détail des garanties, recommandation de l'organisme assureur, formalités de prise en charge, désignation des bénéficiaires...).

Article 3

Organismes assureurs recommandés

3.1. Principe de la mutualisation des risques

Les parties rappellent que l'équilibre du régime institué par le présent accord repose sur la mise en œuvre d'une solidarité civile professionnelle destinée à favoriser le progrès économique et social au sein de la profession.

Cet objectif vise à assurer notamment :

- un accès généralisé aux salariés de la branche, quels que soient leur situation personnelle ou leur état de santé ;
- une mutualisation optimale des risques et une neutralisation de leur coût entre les entreprises de la branche, en considération du fait que celles-ci occupent un effectif généralement réduit ne leur permettant, lorsqu'elles s'assurent seules, de couvrir les risques couverts par le présent régime qu'à des conditions tarifaires prohibitives.

A cet effet, toutes les entreprises sont tenues d'adhérer au plus tard le 1^{er} janvier 2016 à un organisme d'assurance pour se conformer aux obligations du présent régime, qui entre en vigueur à cette date.

La couverture collective est assurée par un organisme mentionné à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin ». Le choix des organismes recommandés visés à l'article 3.2 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime en matière de couverture prévoyance : bénéficiaires, garanties, taux de cotisations, droits non contributifs...

3.2. Recommandation pour la mutualisation professionnelle

L'organisme recommandé pour assurer la couverture des garanties décès, invalidité, incapacité prévues par le présent accord de branche est KLESIA prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

L'organisme recommandé pour assurer la couverture des garanties de rente de conjoint, rente éducation et capital dépendance prévues par le présent accord est l'organisme commun des institu-

tions de rente et de prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

KLESIA prévoyance reçoit une délégation de la part de l'OCIRP pour effectuer l'appel des cotisations et le règlement des prestations.

Les organismes recommandés sont chargés de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'obligent à exécuter l'intégralité des dispositions du présent avenant, ce qui entraîne notamment le fait qu'ils s'obligent 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.

KLESIA prévoyance, en tant qu'organisme recommandé chargé de l'ensemble de la gestion, est mandaté par les partenaires sociaux pour contrôler l'application du régime professionnel de la branche dans les conditions définies à l'article 3.3 du présent accord.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès de KLESIA prévoyance, à effet du 1^{er} janvier 2016, la garantie prévoyance conforme aux prescriptions du régime de la branche.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les conditions et les modalités de la mutualisation des risques seront réexaminées dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord de branche.

Pour ce faire, la commission paritaire de prévoyance, visée à l'article 4, se réunira spécialement et au plus tard au cours du semestre qui précédera l'expiration de ce délai de 5 ans. Ce nouvel examen donnera lieu à une nouvelle procédure de mise en concurrence des organismes assureurs, telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

3.3. Application du régime de prévoyance

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, l'accord de prévoyance d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé.

En conséquence, aucun accord d'entreprise dérogatoire ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime de prévoyance visé par le présent accord.

KLESIA prévoyance, organisme recommandé par les partenaires sociaux à l'article 3.2, est mandatée par le présent accord pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires afin de garantir l'application du régime aux salariés et entreprises de la branche.

KLESIA prévoyance est habilitée, sous le contrôle de la commission paritaire nationale de prévoyance définie à l'article 4, à vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie prévoyance auprès d'elle à la date du 1^{er} janvier 2016. Elle peut notamment leur demander :

- tous justificatifs relatifs à la situation des entreprises ;
- la remise des notices d'information relatives à la nature des garanties et aux modalités de couverture des bénéficiaires ;
- la production de tout justificatif attestant de la mise en œuvre du degré élevé de solidarité défini par l'article 9.

L'organisme recommandé peut délivrer une mise en demeure :

1. D'adresser les justificatifs demandés dans le délai fixé par la commission paritaire de prévoyance ;
2. De régulariser une situation non conforme aux prescriptions du présent accord.

La commission paritaire nationale de prévoyance est tenue informée des mises en demeure et des suites données par les entreprises défaillantes. Les organismes assureurs ayant en portefeuille des contrats non conformes aux prescriptions du présent accord sont tenus informés des mises en demeure adressées à leurs clients.

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

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

3.4. Changement d'organisme assureur

En cas de changement par une entreprise de son organisme assureur, les prestations en cours de service seront maintenues à leur niveau atteint à la date de résiliation.

Il est rappelé que, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, il appartient à l'employeur d'organiser la revalorisation des prestations en cours de service.

En cas de changement éventuel d'organisme assureur recommandé décidé par les partenaires sociaux à l'occasion d'une révision de l'accord, les partenaires sociaux, en application de l'article L. 912-3 précité, organiseront la poursuite des revalorisations sur la base, au minimum, des valeurs énoncées à l'article 10.2 du présent accord par négociation avec le nouvel organisme assureur et tout autre organisme pouvant assurer ce type de prestation.

Toutefois, les prestations de rente servies par l'OCIRP continueront à être revalorisées par cet organisme suivant les mêmes modalités que celles prévues avant le changement d'organisme assureur.

Article 4

Commission paritaire nationale de prévoyance

Une commission paritaire nationale de prévoyance, composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires ou non du présent accord et d'un nombre égal de représentants des organisations d'employeurs, est chargée de piloter le régime de prévoyance de la branche horlogerie résultant du présent accord.

4.1. Rôle de la commission paritaire nationale de prévoyance

La commission paritaire a notamment pour rôle :

- l'application et l'interprétation du présent accord ainsi que l'interprétation des dispositions contractuelles ;
- l'étude de l'évolution des garanties prévoyance et des conditions de maintien de celles-ci ;
- l'examen des comptes de résultat et bilan financier produits par les organismes assureurs recommandés ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix des organismes recommandés ;
- la négociation avec les organismes assureurs recommandés 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 aux organismes recommandés 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, sa mise en œuvre par les organismes assureurs recommandés ;
- l'éventuelle étude des cas sociaux difficiles.

Pour toutes ces tâches, la commission paritaire ou l'un de ses représentants syndicaux peut demander l'aide d'experts financés par la branche dans des conditions déterminées contractuellement.

4.2. Réunions

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

4.3. Comptes de résultat et rapport annuel

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

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

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

Conformément à l'obligation prévue par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les organismes recommandés produisent également le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Ce rapport est adressé pour information à la commission paritaire.

Article 5

Régime de prévoyance obligatoire des salariés non cadres

La notion de « salariés non cadres » s'entend au sens des salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

5.1. Capital décès

a) Décès toutes causes

En cas de décès du salarié, quelle qu'en soit la cause, versement d'un capital correspondant à :

- 100 % du salaire de référence pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge ;
- 150 % du salaire de référence pour un salarié marié, pacsé ou en concubinage sans personne à charge ;
- 150 % du salaire de référence pour un salarié célibataire veuf ou divorcé avec personne à charge.

Ce capital est augmenté de 25 % du salaire de référence par personne à charge du salarié décédé, à la date du décès.

b) Garantie du double effet

En cas de décès concomitant du salarié et de son conjoint, pacsé ou concubin, un capital supplémentaire égal au capital décès toutes causes du salarié marié, pacsé ou en concubinage est versé aux enfants à charge du salarié.

c) Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Le capital peut être versé par anticipation au salarié, à sa demande, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque l'intéressé est classé, avant l'âge de liquidation de ses droits à la retraite, en référence à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, en invalidité 3^e catégorie et s'il peut être considéré définitivement incapable de tout gain et de toute indépendance à l'égard de tous les actes de la vie courante (nécessité d'une tierce personne).

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le capital correspondant est égal à :

- 175 % du salaire de référence pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge ;
- 150 % du salaire de référence pour un salarié marié, pacsé ou en concubinage sans personne à charge ;
- 150 % du salaire de référence pour un salarié célibataire veuf ou divorcé avec personne à charge.

Ce capital est augmenté de 25 % du salaire de référence par personne à charge du salarié décédé.

Le versement du capital décès par anticipation met fin à la garantie décès.

5.2. Rente éducation

Au décès du salarié, des allocations sont versées pour l'éducation des enfants à charge à la date du décès.

Elles sont servies pour chaque enfant à charge et calculées en pourcentage du salaire de référence. Elles varient en fonction de l'âge de chacun d'entre eux.

Elles sont fixées à :

- 10 % jusqu'au 12^e anniversaire de l'enfant ;
- 15 % au-delà du 12^e anniversaire et jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant ;
- 20 % au-delà du 18^e anniversaire et jusqu'au 26^e anniversaire de l'enfant, sous réserve d'être à charge.

Le montant de la rente est doublé pour chaque enfant à charge s'il devient orphelin de père et de mère suite au décès concomitant du salarié et de son conjoint, pacsé ou concubin.

5.3. Incapacité de travail temporaire

Le salarié, qui a cessé totalement ou partiellement son travail par suite de maladie ou d'accident et qui bénéficie des prestations en espèces prévues à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (maladie et accident de droit commun), ou à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail), perçoit des indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale.

Elles sont versées à l'expiration des obligations conventionnelles de maintien de salaire de l'employeur définies à l'article 40 de la convention collective nationale de l'horlogerie.

Le montant des prestations est égal à 75 % du salaire de référence après déduction des indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

En tout état de cause les prestations versées sont, s'il y a lieu, plafonnées de façon à ce que le total de ses revenus salariaux et des indemnités journalières de toutes natures (reçues par la sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires) n'excède pas le salaire net que le salarié aurait perçu s'il avait poursuivi son activité salariée à temps complet.

5.4. Invalidité permanente

Le salarié qui a été classé par la sécurité sociale dans les 2^e ou 3^e catégories d'invalidité prévues par l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ou dont l'invalidité résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle indemnisée par la sécurité sociale au titre du livre IV du code de la sécurité sociale lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 % bénéficie du versement d'une pension d'invalidité.

Le montant de cette pension est fixé à 75 % du salaire de référence sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

En tout état de cause les prestations versées sont, s'il y a lieu, plafonnées de façon à ce que le total de ses revenus salariaux et des pensions d'invalidité de toutes natures (reçues par la sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires) n'excède pas le salaire net que le salarié aurait perçu s'il avait poursuivi son activité salariée à temps complet.

5.5. Capital dépendance totale

Le salarié souffrant d'une perte d'autonomie totale, classifiée parmi les groupes iso-ressources GIR 1 et GIR 2 tels que décrits dans l'arrêté du 28 avril 1997 fixant le guide de l'évaluation de la personne âgée dépendante, bénéficie du versement d'un capital dépendance totale équivalent à 12 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Ce capital donne lieu à un versement unique, en complément des autres prestations dont peut bénéficier le salarié.

5.6. Garantie assistance

Le salarié bénéficie d'une garantie dite « assistance », notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès. Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges ou suite à un décès.

Article 6

Régime de prévoyance obligatoire des salariés cadres

La notion de « salariés cadres » s'entend au sens des salariés relevant des articles 4 et 4 *bis* de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention.

6.1. Capital décès

a) Décès toutes causes

En cas de décès du salarié quelle qu'en soit la cause, versement d'un capital correspondant à :

- 200 % du salaire de référence pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge ;
- 350 % du salaire de référence pour un salarié marié, pacsé ou en concubinage sans personne à charge ;
- 350 % du salaire de référence pour un salarié célibataire veuf ou divorcé avec personne à charge.

Ce capital est augmenté de 50 % du salaire de référence par personne à charge du salarié décédé, à la date du décès.

b) Garantie du double effet

En cas de décès concomitant du salarié et de son conjoint, pacsé ou concubin, un capital supplémentaire égal au capital décès toutes causes du salarié marié, pacsé ou en concubinage est versé aux enfants à charge du salarié.

c) Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Le capital (augmenté des majorations familiales éventuelles) peut être versé par anticipation au salarié, à sa demande, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque l'intéressé est classé avant l'âge de liquidation de ses droits à la retraite, en référence à l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, en invalidité 3^e catégorie et s'il peut être considéré définitivement incapable de tout gain et de toute indépendance à l'égard de tous les actes de la vie courante (nécessité d'une tierce personne).

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le capital correspondant est égal à :

- 400 % du salaire de référence pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge ;

- 350 % du salaire de référence pour un salarié marié, pacsé ou en concubinage sans personne à charge ;
- 350 % du salaire de référence pour un salarié célibataire veuf ou divorcé avec personne à charge.

Ce capital est augmenté de 50 % du salaire de référence par personne à charge du salarié décédé, à la date du décès.

6.2. Rente éducation

Au décès du salarié, des allocations sont versées pour l'éducation des enfants à charge, à la date du décès.

Elles sont servies pour chaque enfant à charge à la date du décès et calculées en pourcentage du salaire de référence. Elles varient en fonction de l'âge de chacun d'entre eux.

Elles sont fixées à :

- 10 % jusqu'au 12^e anniversaire de l'enfant ;
- 15 % au-delà du 12^e anniversaire et jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant ;
- 20 % au-delà du 18^e anniversaire et jusqu'au 26^e anniversaire de l'enfant sous réserve d'être à charge à la date du décès.

Le montant de la rente est doublé pour chaque enfant à charge à la date du décès s'il devient orphelin de père et de mère suite au décès concomitant du salarié et de son conjoint, pacsé ou concubin.

6.3. Rente de conjoint temporaire

Le décès du salarié ouvre droit au profit de son conjoint, pacsé, ou concubin, au versement d'une rente temporaire.

Le montant de cette rente annuelle est égal à 10 % du salaire de référence.

Cette rente est versée jusqu'au dernier jour du trimestre pendant lequel le bénéficiaire a atteint l'âge de liquidation de sa retraite à taux plein. Elle cesse en cas de remariage, d'un nouveau Pacs du bénéficiaire ou d'un nouveau concubinage.

6.4. Incapacité de travail temporaire

Le salarié qui a cessé totalement ou partiellement son travail par suite de maladie ou d'accident et qui bénéficie des prestations en espèces prévues à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale (maladie et accident de droit commun), ou à l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale (maladie professionnelle et accident du travail), perçoit des indemnités journalières complémentaires à celles de la sécurité sociale.

Elles sont versées à l'expiration d'une carence de 60 jours d'arrêt de travail continu. Le montant des prestations est égal à 100 % du salaire de référence après déduction des indemnités journalières de la sécurité sociale.

En tout état de cause les prestations versées sont, s'il y a lieu, plafonnées de façon que le total de ses revenus salariaux et des indemnités journalières de toute nature (reçues par la sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires) n'excède pas le salaire net que le salarié aurait perçu s'il avait poursuivi son activité salariée à temps complet.

6.5. Invalidité permanente

Le salarié classé par la sécurité sociale dans les 1^{re}, 2^e ou 3^e catégories d'invalidité prévues par l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, ou dont l'invalidité résulte d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle indemnisée par la sécurité sociale au titre du livre IV du code de la sécurité sociale, lorsque le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 33 %, bénéficie du versement d'une pension d'invalidité.

Pour le salarié classé en 1^{re} catégorie d'invalidité ou dont le taux d'incapacité permanente est de 33 % à 65 %, le montant de cette pension est fixé à 60 % du salaire de référence sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

Pour le salarié classé en 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité ou dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %, le montant de cette pension est fixé à 75 % du salaire de référence sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

En tout état de cause les prestations versées sont, s'il y a lieu, plafonnées de façon à ce que le total de ses revenus salariaux et des pensions d'invalidité de toute nature (reçues par la sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires) n'excède pas le salaire net que le salarié aurait perçu s'il avait poursuivi son activité salariée à temps complet.

6.6. Capital dépendance totale

Le salarié souffrant d'une perte d'autonomie totale, classifiée parmi les groupes iso-ressources GIR 1 et GIR 2 tels que décrits dans l'arrêté du 28 avril 1997 fixant le guide de l'évaluation de la personne âgée dépendante, bénéficie du versement d'un capital dépendance totale équivalent à 12 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Ce capital donne lieu à un versement unique, en complément des autres prestations dont peut bénéficier le salarié.

6.7. Garantie assistance

Le salarié bénéficie d'une garantie dite « assistance », notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès. Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges ou suite à un décès.

Article 7

Définition du salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est égal aux salaires bruts versés durant les 12 derniers mois civils précédant immédiatement le décès ou l'arrêt de travail et ayant donné lieu à cotisation au cours de cette même période.

Ce salaire de référence est majoré du montant global des rémunérations variables brutes (commissions, gratifications, primes, etc.) perçues au cours des 12 derniers mois civils ayant précédé le décès ou l'arrêt de travail et ayant donné lieu à cotisation au cours de cette même période.

Pour les nouveaux entrants ayant moins de 12 mois civils d'activité, le salaire annuel est celui figurant dans le contrat de travail, ou, selon la règle la plus favorable au salarié, le salaire réel moyen de la catégorie professionnelle à laquelle il appartient.

Lorsque les cotisations sont assises sur une fraction des rémunérations (tranche A ou B des salaires), seule cette fraction est prise en considération pour la détermination du salaire de référence.

Article 8

Cotisations relatives aux tarifs non cadres et cadres

8.1. Modalités

Compte tenu du principe de mutualisation mis en œuvre, la tarification de base des garanties et des prestations est fixée pour une période de 3 ans sauf modification des garanties servant de base au calcul des prestations et hors évolutions légales et réglementaires.

Au terme de cette période, les taux de cotisation et/ou les prestations seront révisés en fonction des résultats techniques du régime et de la pesée actuarielle des populations d'assurés couvertes auprès des organismes définis à l'article 3.2.

En cas de révision des garanties ou des taux de cotisation, un avenant au présent accord sera conclu.

8.2. Assiette des cotisations

Les cotisations sont calculées sur les éléments de la rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale) à l'exclusion des primes, indemnités et rappels qui sont versés au salarié après son départ de l'entreprise (indemnité de licenciement, de départ à la retraite, par exemple).

Cette rémunération se répartit en :

- tranche A : tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale ;
- tranche B : tranche comprise entre le plafond de la sécurité sociale et quatre fois ce plafond.

Les cotisations afférentes aux garanties prévues au présent accord sont réparties à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié. Les 50 % à la charge de l'employeur constituent un minimum, qui peut être amélioré par une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Concernant le personnel cadre, il est rappelé que, conformément à l'article 7 de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, l'employeur a l'obligation de prendre à sa charge exclusive une cotisation égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond fixé pour les cotisations de sécurité sociale et que, 0,76 % de cette cotisation doit être affecté par priorité à la couverture d'avantages en cas de décès.

8.3. Tarifs non cadres

La cotisation du régime de prévoyance des non-cadres est fixée en pourcentage du salaire brut limité à la tranche B.

Elle est égale à 1,98 % (répartie par moitiés entre l'employeur et le salarié).

(En pourcentage.)

	TAUX DE COTISATION
Capital décès et annexes	0,14
Rente éducation	0,16
Incapacité temporaire	0,73
Invalité	0,89
Capital dépendance	0,06
Total	1,98

8.4. Tarifs cadres

La cotisation du régime de prévoyance des cadres est fixée en pourcentage du salaire brut limité à la tranche B.

Elle est égale à 1,56 % de TA (à la charge exclusive de l'employeur) et à 2,34 % de TB (répartie par moitié entre l'employeur et le salarié).

(En pourcentage.)

	TAUX DE COTISATION	
	Tranche A	Tranche B
Capital décès et annexes	0,49	0,49
Rente éducation	0,25	0,25

	TAUX DE COTISATION	
	Tranche A	Tranche B
Rente conjoint	0,16	0,16
Incapacité temporaire	0,26	0,52
Invalidité	0,34	0,86
Capital dépendance	0,06	0,06
Total	1,56	2,34

Article 9

Degré élevé de solidarité du régime de prévoyance non cadres et cadres»

Conformément à l'obligation qui en est faite par l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime de prévoyance, est mis en œuvre.

9.1. Actions de solidarité spécifiques

La solidarité mise en œuvre par le régime de prévoyance 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 programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés.

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

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

9.2. Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations définies aux articles 8.3 et 8.4 versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Cette cotisation est due par toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, qu'elles aient rejoint ou non les organismes assureurs recommandés visés à l'article 3.2.

Conformément à l'article 3.3, il est rappelé que la commission paritaire mandate KLESIA prévoyance pour vérifier que les entreprises de la branche respectent bien les dispositions du présent article (financement et mise en œuvre des actions décidées par la commission paritaire).

Le fonds de solidarité garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime de prévoyance définies par l'article 9.1.

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultat définis à l'article 4.3, sur décision annuelle de la commission paritaire nationale de prévoyance en concertation avec les organismes assureurs recommandés. Toutefois, ce financement ne pourra être inférieur à 2 % des cotisations.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont librement décidées par la commission paritaire de la branche. Elles font l'objet d'une communication à l'ensemble des entreprises de la branche.

Un règlement est établi entre les organismes recommandés et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre notamment :

- la mise en œuvre des orientations de prévention définies par la commission paritaire ;
- la réalisation de la politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salariés de la branche décidée par la commission paritaire dans le respect de la solidarité du régime déterminée à l'article 9.1.

Article 10

Caractéristiques des régimes non cadres et cadres

10.1. Définition des personnes à charge

10.1.1. Bénéficiaires du capital décès

Les bénéficiaires du capital décès sont en premier lieu les bénéficiaires librement désignés par le salarié.

En l'absence de bénéficiaire désigné, le(s) bénéficiaire(s) est (sont) dans l'ordre suivant :

- le conjoint non séparé de corps judiciairement et non divorcé, le partenaire auquel le salarié est lié par un pacte civil de solidarité, le concubin ;
- à défaut, aux enfants nés, à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants par parts égales entre eux ;
- à défaut aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

10.1.2. Le concubin est assimilé au conjoint sous réserve que les deux personnes vivant en concubinage ne soient pas mariées, qu'elles vivent sous le même toit et que le concubinage soit notoire et permanent, à savoir qu'un enfant reconnu des deux parents est né de l'union ou, à défaut, qu'il peut être prouvé une période de 2 ans de vie commune.

10.1.3. Les enfants à charge sont les enfants légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis du salarié ou de son conjoint, ou pacsé, ou concubin qui remplissent cumulativement les conditions suivantes à la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie :

- être âgés de moins de 21 ans ;
- ne pas exercer d'activité professionnelle ou n'exercer qu'une activité professionnelle procurant des revenus inférieurs à 55 % du Smic mensuel ;
- être considérés comme fiscalement à la charge du salarié ou percevoir du salarié une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

La limite d'âge est prorogée jusqu'à 25 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et qui bénéficient du régime des étudiants en application de l'article L. 381-3 du code de la sécurité sociale.

Les enfants reconnus atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice sont considérés comme enfants à charge à condition de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- avoir été reconnus comme tels avant l'âge de 21 ans ;
- être considérés comme fiscalement à charge du salarié au jour de son décès ;
- être titulaires d'une carte d'invalidité.

Les enfants nés dans les 300 jours postérieurement au décès du salarié et dont la filiation avec celui-ci est établie sont considérés comme enfants à charge.

10.1.4. Les ascendants à charge sont les ascendants fiscalement considérés, à la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, comme à la charge du salarié ou qui perçoivent du salarié une pension alimentaire déductible de son revenu imposable.

10.2. Revalorisation des prestations

Les conseils d'administration des organismes assureurs, en concertation avec les membres de la commission paritaire, décident chaque année de la revalorisation du salaire de référence et des prestations périodiques en cours de jouissance (rentes de conjoint et d'éducation, indemnités journalières, pensions d'invalidité) en leur appliquant un coefficient déterminé en fonction des résultats techniques du risque et de l'évolution générale des prix.

10.3. Point de départ de la garantie

Les entreprises ont pour obligation de déclarer à leur organisme assureur toute nouvelle embauche ou promotion dans les 15 jours suivant l'événement.

10.4. Maintien des garanties en cas de rupture ou de cessation du contrat de travail (portabilité des droits)

Les anciens 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 dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

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

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

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

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.

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.

Le maintien des garanties s'effectue dans les mêmes conditions que pour les salariés en activité, sauf dispositions particulières définies ci-après.

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail :

- la franchise et le niveau des prestations sont déterminés en considération des articles 5.3 et 6.4 du présent accord ;
- les droits garantis ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est celui défini à l'article 7 du présent accord.

Article 11

Date d'effet

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2016.

Par conséquent, les entreprises seront tenues de faire bénéficier, à compter de cette date, l'ensemble de leur personnel visé à l'article 1^{er} du régime de prévoyance.

Article 12

Durée et modalités de révision

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, dans les conditions prévues aux articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. La demande devra être motivée et transmise à chacune des parties signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois. Les modalités de dénonciation sont fixées par les articles L. 2261-9 et suivants du code du travail. De nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

Article 13

Formalités de dépôt et extension

Le présent accord sera déposé par les soins de la partie la plus diligente auprès de la direction des relations du travail, accompagné d'une version électronique, ainsi qu'au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Il fera l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale et deviendra obligatoire pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application défini à l'article 1^{er}.

Fait à Paris, le 12 juin 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FH.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

CDS CGT ;

FEC FO.

Brochure n° 3292

Convention collective nationale

IDCC : 1979. – HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS

AVENANT N° 3 DU 26 OCTOBRE 2015

À L'ACCORD DU 6 OCTOBRE 2010

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1551001M

IDCC : 1979

PRÉAMBULE

Après avoir rappelé que :

Par l'accord du 6 octobre 2010 a été créé un régime frais de santé reposant sur le principe de la solidarité professionnelle.

L'article 2 de cet accord sur l'assurance et la gestion du régime avait prévu la désignation de plusieurs coassureurs.

En application de la décision DC n° 2013-672 du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel, les dispositions de cet article cesseront de produire effet au 1^{er} janvier 2016, date de l'échéance de la clause de révision quinquennale prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

La décision du conseil constitutionnel a prévu expressément que l'inconstitutionnalité des clauses de désignation ne met pas fin aux contrats en cours ⁽¹⁾. Dès lors les bulletins d'adhésion des entreprises de la branche souscrits antérieurement restent valables et continueront, dans le cadre du droit commun, à régir leurs relations avec leurs organismes assureurs.

Les dispositions légales et réglementaires sur les contrats solidaires et responsables (art. L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) ont été modifiées et il convient en conséquence de réviser les garanties conventionnelles, afin qu'elles soient compatibles avec ces nouvelles dispositions et que les avantages fiscaux et sociaux attachés à ce type de contrat soient maintenus.

Il résulte de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (généralisation des frais de santé) et de son décret d'application (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, *Journal officiel* du 10 septembre) que les garanties conventionnelles ne peuvent être inférieures au « panier de soins minimal » dont doivent bénéficier les salariés. Il convient en conséquence d'adapter les garanties du régime conventionnel.

(1) Décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 – (*JORF* n° 0138 du 16 juin) – Considérant n° 14 : « Considérant que la déclaration d'inconstitutionnalité de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale prend effet à compter de la publication de la présente décision ; qu'elle n'est toutefois pas applicable aux contrats pris sur ce fondement, en cours lors de cette publication, et liant les entreprises à celles qui sont régies par le code des assurances, aux institutions relevant du titre III du code de la sécurité sociale et aux mutuelles relevant du code de la mutualité. »

Afin de prendre en compte les spécificités de la branche où nombre de salariés disposent d'un contrat de travail à durée déterminée, notamment les saisonniers, les partenaires sociaux ont entendu prendre certaines mesures favorisant notamment la portabilité.

Enfin, les partenaires sociaux ont souhaité répondre, autant qu'il est possible, aux attentes que nombre d'entreprises et de salariés ont exprimées, concernant l'amélioration de certains niveaux de prestations et le financement.

Les dispositions du présent avenant s'entendent sous réserve de dispositions plus favorables pouvant résulter du contrat de garanties collectives souscrit par l'entreprise.

Il a en conséquence été décidé ce qui suit :

Article 1^{er}

Modification de l'article 1^{er} « Objet du régime »

L'article 1^{er} de l'accord du 6 octobre 2010 est désormais intitulé « Objet de l'accord », l'intégralité des dispositions étant supprimées pour être remplacées par les suivantes :

« Le présent accord a pour objet la définition des garanties collectives et obligatoires de remboursement complémentaire de frais de santé dont bénéficient les salariés définis à l'article 5 et d'organiser les modalités de leur financement.

Les garanties souscrites par les entreprises en exécution du présent accord devront également prévoir des actions de prévention, comme il est dit ci-après.

Les garanties respectent les dispositions des articles 2 et 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, des articles 1^{er} et 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée et des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

En cas de modification des dispositions rappelées ci-dessus, un avenant sera établi afin que les garanties prévues à l'article 13 restent conformes à ces dispositions.

Les entreprises doivent respecter l'intégralité des dispositions instaurées par le présent accord. En application des dispositions des articles L. 2253-1 à L. 2253-3 du code du travail, il est expressément stipulé qu'aucun système de garanties ne peut avoir pour conséquence de déroger aux dispositions du présent accord de manière moins favorable aux salariés. »

Article 2

Suppression de l'article 2 « Assurance et gestion collective »

Les dispositions de l'article 2 de l'accord du 6 octobre 2010 sont supprimées.

Article 3

Modification de l'article 3 « Champ d'application »

L'article 3 devient l'article 2.

A la première ligne, les mots : « Le présent avenant concerne » sont remplacés par les mots : « Entrent dans le champ d'application du présent accord ».

Article 4

Modification de l'article 3 bis « Extension du champ d'application »

Les mots « Article 3 bis. – Extension du champ d'application » sont supprimés.

A la première ligne, les mots « les partenaires sociaux conviennent d'inclure » sont supprimés.

Après le mot « discothèques » sont ajoutés les mots : « sont comprises ».

Article 5

Modification de l'article 4

« Adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel »

L'article 4 devient l'article 3 et est désormais intitulé « Couverture conventionnelle obligatoire ».

L'article 3 est ainsi rédigé :

« Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur habilité en vue de procurer aux salariés bénéficiaires définis à l'article 5 les prestations d'assurance définies à l'article 11. »

Article 6

Modification de l'article 5 « Salariés bénéficiaires du régime »

L'article 5 devient l'article 4.

L'article 4 est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions des alinéas ci-dessous, bénéficie obligatoirement des garanties l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application défini à l'article 3 du présent accord, et ayant au moins 1 mois civil entier d'emploi dans une même entreprise.

Les salariés disposent de facultés de dispense d'adhésion, sous réserve d'en faire la demande écrite auprès de l'employeur, accompagnée des pièces justifiant du fait qu'ils sont couverts par ailleurs, lorsque cette condition supplémentaire est requise.

La demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Ces possibilités de dispense concernent les situations limitativement énumérées ci-après :

- les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée n'excédant pas 1 mois de date à date ;
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;
- les salariés à temps partiel et apprentis qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de la rémunération brute. »

Article 7

Modification de l'article 6 « Date d'effet des garanties »

L'article 6 devient l'article 5.

L'article 5 est ainsi rédigé :

« Pour les salariés bénéficiaires tels que définis au premier alinéa de l'article 4, les garanties prennent effet, selon le cas, à :

- la date d'embauche ;
- la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation, le cas échéant. »

Article 8

Modification de l'article 7 « Période de suspension du contrat de travail »

L'article 7 devient l'article 6.

L'article 6 est ainsi rédigé :

« Sauf lorsque ces périodes donnent lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la sécurité sociale, les garanties du salarié sont suspendues lorsque son contrat de travail est suspendu, notamment à l'occasion :

- d'un congé sabbatique visé à l'article L. 3142-91 du code du travail ;
- d'un congé pour création d'entreprise visé à l'article L. 3142-78 du code du travail ;

- d'un congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 du code du travail ; ou
- en cas de tout congé sans solde légal du salarié visé par le code du travail.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé, Toutefois, le contrat des garanties collectives souscrit par l'entreprise devra prévoir la faculté pour les salariés en période de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de la garantie d'obtenir le maintien de la garantie moyennant le paiement intégral de la cotisation prévue pour l'ensemble des salariés.

La notice d'information rédigée par l'assureur devra expressément rappeler cette faculté et ses conditions de mise en œuvre.

Le salarié devra formuler sa demande au plus tard 1 mois après le début du congé non rémunéré. »

Article 9

Modification de l'article 8 « Cessation des garanties »

L'article 8 devient l'article 7.

L'article 7 est ainsi rédigé :

« L'obligation de couverture des employeurs cesse pour chaque salarié :

- en cas de cessation du contrat de travail, notamment en cas de départ à la retraite (sauf cumul emploi-retraite), de démission, de licenciement ou de rupture conventionnelle, sans préjudice du bénéfice de la portabilité de ses garanties frais de santé en cas de chômage et du maintien à titre individuel de ses garanties dans les conditions énoncées à l'article 8 ;
- en cas de décès du salarié ;
- en cas de dénonciation du présent accord collectif à l'issue de la période de survie de l'accord dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du code du travail (s'agissant des niveaux de prestations définis au présent accord).

L'obligation de couverture des employeurs cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord, sous réserve des dispositions ci-après relatives à la portabilité des garanties ainsi qu'au maintien à titre individuel des garanties. »

Article 10

Modification des articles 9 et 10

Les articles 9 et 10 deviennent l'article 8, désormais intitulé « Maintien des garanties ».

L'article 8 est ainsi rédigé :

« Article 8.1

Portabilité des garanties conventionnelles obligatoires de frais de santé

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés relevant du présent accord bénéficient d'un régime de portabilité des droits dans certains cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage.

La durée du maintien des garanties est portée au double de celle prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, dans la limite de 12 mois.

Les garanties conventionnelles étant dues au salarié jusqu'au terme du mois civil au cours duquel son contrat de travail est rompu ou prend fin, le maintien des garanties au titre de la portabilité

prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de rupture ou de fin du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 4 de la loi Evin (loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989).

Article 8.2

Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Tout salarié cesse de bénéficier obligatoirement des garanties conventionnelles lorsqu'il n'appartient plus au personnel des entreprises entrant dans son champ d'application et qu'il ne bénéficie plus du dispositif prévu à l'article 8.1.

Cependant, peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de santé à titre individuel dans les conditions et modalités définies par le contrat ou le règlement conforme aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, que leur propose l'organisme assureur pour assurer les garanties conventionnelles obligatoires, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation de chômage ;
- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- ou d'une pension de retraite.

La notice d'information rédigée par l'assureur devra décrire précisément les dispositifs de maintien des garanties dont bénéficie le salarié. »

Article 11

Modification de l'article 11

L'article 11 devient l'article 9 et est désormais intitulé « Position des partenaires sociaux sur une couverture dans les cas de sorties de branche ».

L'article 9 est ainsi rédigé :

« Les partenaires sociaux souhaitent organiser au niveau de la branche, dans un délai de 3 ans, la mise en œuvre de garantie frais de santé complémentaire propre aux salariés en situation de sortie de branche, et notamment aux retraités.

La mutualisation de ce régime, au sein du régime des actifs, est d'ores et déjà exclue. »

Article 12

Modification de l'article 12

L'article 12 devient l'article 10 et est désormais intitulé « Nature et montant des prestations des garanties conventionnelles obligatoires ».

L'article 10 est ainsi rédigé :

« Sont couverts les actes et frais de santé relevant des postes énumérés au tableau ci-après. Ils sont garantis en fonction des montants et plafonds indiqués, qui sont exprimés, sauf mention contraire, en complément des prestations en nature des assurances maladie et maternité de la sécurité sociale et dans la limite du reste à charge (hors pénalités, franchises et contributions).

Les actes et frais non pris en charge par le régime de base de la sécurité sociale ne sont pas couverts, sauf indication contraire figurant au tableau des prestations ci-dessous.

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales, y compris lorsqu'elles sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les garanties répondent également :

- aux exigences des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
- aux exigences prévues par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale relatives à la couverture minimale dite "panier de soins".

Les garanties prévues par le présent article s'entendent sous réserve de garanties plus favorables souscrites par les entreprises de la branche, qui doivent faire en sorte que les garanties soient conformes aux dispositions légales rappelées ci-dessus.

S'agissant des minima et maxima de couverture, il est précisé que l'expression des prestations indiquée dans le tableau ci-dessous ne peut en aucun cas conduire à ce qu'au cas d'espèce un salarié bénéficie d'un remboursement inférieur à l'obligation minimale de couverture ou supérieur au plafond maximal ; dans cette hypothèse, la prestation effectivement versée serait augmentée ou diminuée à due concurrence, sans que le salarié puisse se prévaloir de l'expression de la garantie pour être remboursé au-delà des maxima.

Le contrat souscrit par l'entreprise devra :

- comporter une clause d'exonération de cotisation (part patronale et salariale) concernant les salariés invalides restant dans l'effectif de l'entreprise et ne percevant pas de salaires en contrepartie du maintien des garanties ;
- être conforme "ligne à ligne" avec l'ensemble des garanties prévues dans le présent article. Les améliorations éventuelles des garanties figurant dans le contrat qui sera souscrit par l'entreprise devront donc s'y ajouter et le caractère plus favorable du contrat ne pourra pas être apprécié globalement.

(Voir tableau page suivante.)

Tableau des garanties à compter du 1^{er} janvier 2016. – Régime général de la sécurité sociale

Nature des garanties	Montant des remboursements										
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE <ul style="list-style-type: none"> Frais et honoraires chirurgicaux <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS) Frais de séjour Forfait journalier hospitalier Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville) Chambre particulière Frais de lit d'accompagnant 	Ticket modérateur + 230% BRSS Ticket modérateur + 100% BRSS 110% BRSS 100% des frais réels sans limitation de durée 100% de la participation forfaitaire 50 € par jour 15 € par jour										
MEDECINE COURANTE <ul style="list-style-type: none"> Consultations, Visites de généralistes et spécialistes <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS) 	Ticket modérateur + 20% BRSS Ticket modérateur										
<ul style="list-style-type: none"> Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS) 	Ticket modérateur + 20% BRSS Ticket modérateur										
<ul style="list-style-type: none"> Analyses médicales Imagerie médicale, radiologie, échographie <ul style="list-style-type: none"> Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS) Auxiliaires médicaux 	Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur										
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires & auditives Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la Sécurité sociale 	65% BRSS 400€ par oreille (maxi 2 par an) + 65%BRSS 100% BRSS 100 € par an et par bénéficiaire										
PHARMACIE remboursée par la Sécurité sociale	Ticket modérateur										
DENTAIRE <ul style="list-style-type: none"> Soins dentaires Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant) Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans) 	Ticket modérateur 200% BRSS 240% BRSS 240% BRSS ⁽¹⁾ 166% BRSS 100% BRSS ⁽²⁾										
OPTIQUE : <ul style="list-style-type: none"> Forfait par verre ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> de 0 à 4 : de 4,25 à 6 : de 6,25 à 8 : à partir de 8,25 : Monture ⁽³⁾ Lentilles correctrices remboursées (y compris jetables) Lentilles correctrices non remboursées (y compris jetables) 	<table> <tr> <th>Unifocaux (selon la dioptrie)</th><th>Multifocaux (selon la dioptrie)</th></tr> <tr> <td>160 €</td><td>250 €</td></tr> <tr> <td>185 €</td><td>288 €</td></tr> <tr> <td>222 €</td><td>300 €</td></tr> <tr> <td>277 €</td><td>311 €</td></tr> </table> 100 € 126 € par an et par bénéficiaire (minimum Ticket modérateur) 126 € par an et par bénéficiaire	Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)	160 €	250 €	185 €	288 €	222 €	300 €	277 €	311 €
Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)										
160 €	250 €										
185 €	288 €										
222 €	300 €										
277 €	311 €										
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	Ticket modérateur										
MATERNITE <ul style="list-style-type: none"> Allocation naissance ou adoption Chambre particulière (8 jours maximum) 	8% PMSS par enfant 1,5% PMSS par jour										
AUTRES REMBOURSEMENTS <ul style="list-style-type: none"> Transport remboursé par la Sécurité sociale Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale 	Ticket modérateur 3% PMSS par an et par bénéficiaire										
ACTES DE PREVENTION <ul style="list-style-type: none"> Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS) 	80 € par an et par bénéficiaire										

BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les actes en secteur non conventionné sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

(1) Reconstituer sur une base de remboursement de la sécurité sociale à 107,50 €.

(2) Reconstituer sur une base d'un TO 90.

(3) Un équipement optique "verres et monture" pris en charge par période de 2 ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an.

CAS "contrat d'accès aux soins" : dispositif mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, avec l'objectif principal d'améliorer l'accès aux soins ; il incite les médecins (secteur 2) à modérer leur pratique tarifaire et en contrepartie améliore la prise en charge de leurs patients, qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale, comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire, qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime. »

Article 13

Suppression de l'article 13 « Versement des prestations »

L'article 13 « Versement des prestations » est supprimé.

Article 14

Modification de l'article 14 « Territorialité des garanties »

L'article 14 devient l'article 11.

L'article 11 est ainsi rédigé :

« Les garanties conventionnelles obligatoire de frais de santé bénéficient aux salariés exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les départements et régions d'outre-mer. »

Article 15

Modification de l'article 15 « Montant de la cotisation et répartition »

L'article 15 devient l'article 12. Il est ainsi rédigé :

« Les cotisations servant à financer les garanties énumérées à l'article 10 sont fixées par accord entre les employeurs et l'organisme assureur couvrant les salariés.

Les cotisations servant à financer les garanties seront obligatoirement exprimées sous forme de forfait mensuel pour chaque salarié bénéficiaire. Ce forfait n'est pas réduit *pro rata temporis*.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2018, les cotisations servant à financer les garanties prévues par le présent accord seront :

- cotisations salariales au plus :
 - pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale : 14 € ;
 - pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : 10 € ;
- cotisations des employeurs *a minima* :
 - pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale : 14 € ;
 - pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : 10 €.

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs et dans le cas où lesdits employeurs ont adhéré au même contrat d'assurance, la cotisation est répartie au prorata du temps de travail entre les différents employeurs. Afin de mettre en œuvre cette modalité de versement de la cotisation, le salarié a l'obligation d'informer ses différents employeurs de sa situation de pluriactivité au sein de la branche et, en cas de rupture d'un de ses contrats de travail, d'informer le ou les autres employeurs, qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent de façon à ce que la totalité des cotisations soit toujours perçue par l'assureur.

Le salarié et les employeurs peuvent bénéficier de la proratisation de la cotisation, à condition que le salarié communique aux employeurs le nombre total d'heures travaillées dans le mois et leur répartition.

Pour les salariés à temps partiel, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération. »

Article 16

Modification de l'article 16 « Echéance et paiement des cotisations »

L'article 16 devient l'article 13.

L'article 13 est ainsi rédigé :

« La cotisation mensuelle est due pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 4, quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie des effectifs salariés de l'entreprise. Les prestations sont servies pour le mois entier au titre duquel la cotisation est versée.

En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD) au cours d'un mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due, à terme échu. »

Article 17

Modification de l'article 17 « Prévention »

L'article 17 devient l'article 14.

L'article 14 est ainsi rédigé :

« Le contrat souscrit par l'entreprise devra prévoir une prestation de prévention collective accessible à tous les salariés leur permettant d'interroger un thérapeute sur leur situation particulière au regard des dépendances liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues.

Au titre des prestations de prévention, un forfait de sevrage tabagique de 80 € par bénéficiaire et par an permettant un remboursement partiel des patchs inscrits sur la liste de la sécurité sociale, doit être garanti. »

Article 18

Modification de l'article 18 « Action sociale »

L'article 18 devient l'article 15 et est désormais intitulé « Action sociale et prévention ».

L'article 15 est ainsi rédigé :

« Quel que soit l'organisme assureur retenu par l'employeur, les salariés doivent bénéficier, en sus des garanties complémentaires de frais de santé :

- de prestations d'action sociale, notamment afin de permettre l'attribution de secours et d'aides financières exceptionnelles (aide au permis de conduire, aide aux parents isolés, aide à la garde d'enfants...), sous conditions de ressources, au profit des bénéficiaires de la couverture en grande difficulté ;
- d'actions favorisant la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement favorisant le bien-être physique et moral des bénéficiaires de la couverture ;
- d'une assistance sociale et psychologique ;
- d'un conseil et de soutien psychologique pour les aidants ;
- d'une aide financière, sous conditions de ressources, aux personnes en situation de handicap ;
- d'une aide financière, sous conditions de ressources, aux personnes atteintes de maladie redoutée. »

Article 19

Modification de l'article 19

« Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires »

L'article 19 devient l'article 16, désormais intitulé « Garanties collectives ou individuelles complémentaires et supplémentaires ».

L'article 16 est ainsi rédigé :

« Les salariés doivent pouvoir accéder, dans le cadre de contrats collectifs (obligatoires ou individuels) ou individuels d'assurance, à des garanties frais de santé supplémentaires, moyennant une tarification spécifique, et dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Ces contrats doivent permettre, d'une part, d'améliorer le niveau de couverture, d'autre part, d'étendre la couverture du salarié à son conjoint ou à défaut de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité "Pacs" ainsi qu'aux enfants à leur charge. »

Article 20

Modification de l'article 20 « Création et composition de la commission paritaire de pilotage du régime »

L'article 20 devient l'article 17 et est ainsi rédigé :

« Il est créé une commission paritaire de suivi du présent accord.

Cette commission paritaire de suivi est composée d'un nombre égal de représentants d'organisations syndicales de salariés et d'organisations professionnelles d'employeurs.

A la date de signature du présent accord, la commission paritaire de suivi est composée de quinze membres par collège, à raison de deux titulaires et d'un suppléant par organisation syndicale de salariés et de deux titulaires et d'un suppléant par organisation professionnelle d'employeurs.

En cas d'évolution de la représentativité, la commission mixte paritaire se réunira dans les 3 mois afin d'adapter la composition de la commission paritaire de suivi à ce nouveau contexte, la parité en nombre entre les deux collèges devant rester une obligation.

La commission paritaire de suivi mettra en place un bureau composé d'un membre par organisation syndicale de salariés et par organisation professionnelle d'employeurs représentatives dans la branche. »

Il est ajouté en fin d'article l'alinéa suivant :

« La commission paritaire de suivi a pour missions principales :

- de suivre la mise en œuvre du présent accord dans les entreprises de la branche ;
- de consulter régulièrement les acteurs du marché (institutions de prévoyance, sociétés d'assurance, mutuelles, actuaire, courtiers...) afin d'avoir une vision sur leurs pratiques et, le cas échéant, sur leur action sociale ;
- d'échanger sur l'encadrement légal relatif aux garanties frais de santé ;
- de proposer à la commission paritaire nationale les évolutions à apporter au présent accord. »

Article 21

Suppression de l'article 21 « Missions de la commissions paritaire de pilotage »

L'article 21 est supprimé.

Article 22

Numérotation et subdivision en chapitres

Les articles 22 à 25 deviennent les articles 18 à 21.

Les subdivisions en chapitres sont supprimées.

Article 23

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1^{er} janvier 2016.

Le présent avenant est établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires.

Il fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail.

Fait à Paris, le 26 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FAGIHT ;
CPIH ;
GNC ;
UMIH ;
SYNHORCAT.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;
CSFV CFTC ;
FS CFDT ;
CDS CGT ;
INOVA CFE-CGC.

Brochure n° 3272

Convention collective nationale

IDCC : 1760. – JARDINERIES ET GRAINETERIES

AVENANT N° 4 DU 25 SEPTEMBRE 2015

À L'ACCORD DU 11 JUIN 2009

RELATIF AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1551002M

IDCC : 1760

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de modifier le mécanisme de portabilité conformément aux dispositions relatives à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi.

Article 1^{er}

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les dispositions concernant la portabilité des droits instaurées par l'avenant n° 1 du 12 novembre 2009 de l'accord de branche du 11 juin 2009 sont remplacées comme suit :

« Maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

Les dispositions qui suivent prennent effet pour les cessations de contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2015.

a) Bénéficiaires

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien 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 selon les conditions suivantes :

1° 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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

b) Mise en œuvre de la portabilité

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise 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 gestionnaire, 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.

L'ancien salarié bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

Les garanties incapacité temporaire de travail prévues à l'article L. 1226-1 du code de travail et celles prévues par la convention collective dites « maintien de salaire » ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

c) Durée de la portabilité

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois de couverture.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

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.

d) Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

S'agissant des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire, elles seront limitées au montant des allocations nettes du régime d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

e) Financement

Le financement de ce dispositif fait l'objet de mutualisation intégrée aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations. »

Article 2

Formalités administratives

La date d'effet du présent avenant est fixée au 1^{er} juin 2015.

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

A l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 25 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FNMJ.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

FGTA FO ;

FS CFDT.

Brochure n° 3252

Convention collective nationale

IDCC : 3013. – LIBRAIRIE

AVENANT N° 1 DU 16 SEPTEMBRE 2015

À L'ACCORD DU 18 JUIN 2012

RELATIF À LA PORTABILITÉ

NOR : ASET1551011M

IDCC : 3013

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de modifier le mécanisme de portabilité conformément aux dispositions relatives à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi.

Article 1^{er}

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les dispositions concernant les « conditions du maintien des garanties de prévoyance après rupture du contrat de travail » et la « durée du maintien des garanties de prévoyance après rupture du contrat de travail » définies aux articles 3.1 et 3.2 de l'accord de branche du 18 juin 2012 relatif au régime de prévoyance des salariés des entreprises de la branche de la librairie sont remplacées comme suit :

Les dispositions qui suivent prennent effet pour les cessations de contrat de travail intervenant à compter du 1^{er} juin 2015.

**« 3.1. Conditions du maintien des garanties de prévoyance
après rupture du contrat de travail »**

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, 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 selon les conditions suivantes :

1° 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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

2° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

3° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;

5° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise 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 gestionnaire, 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.

L'ancien salarié bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la cessation de son contrat de travail.

Les garanties incapacité temporaire de travail prévues à l'article L. 1226-1 du code de travail et celles prévues par la convention collective dites "maintien de salaire", ne sont pas prises en charge au titre de la présente portabilité.

Les évolutions des garanties du régime sont opposables aux anciens salariés.

3.2. Durée du maintien des garanties de prévoyance après rupture du contrat de travail

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien des garanties pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois de couverture.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

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.

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations reste constitué par le salaire défini pour chaque garantie, précédant la date de cessation du contrat de travail, à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la cessation du contrat de travail.

S'agissant des indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire, elles seront limitées au montant des allocations nettes du régime d'assurance chômage que l'ancien salarié aurait perçues au titre de la même période.

3.3. Financement

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale). »

Article 2

Les termes : « conformément aux dispositions de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 » de l'article 3 de l'accord de branche du 18 juin 2012 relatif au régime de prévoyance des salariés des entreprises de la branche de la librairie sont remplacés comme suit : « conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ».

Article 3

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

La date d'effet du présent avenant est fixée au 1^{er} juin 2015.

A l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Les parties signataires mandatent l'organisation d'employeurs signataire pour effectuer les démarches nécessaires pour l'obtention de l'extension du présent accord et les formalités de publicité.

Le présent accord sera déposé auprès des services du ministère chargé du travail et des conventions collectives ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris conformément aux dispositions de l'article L. 2231-6 du code du travail.

Fait à Paris, le 16 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SLF.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

FS CFTD ;

SNPELAC ;

FEC FO ;

FCCS CFE-CGC.

Brochure n° 3252

Convention collective nationale

IDCC : 3013. – LIBRAIRIE

**AVENANT N° 2 DU 16 SEPTEMBRE 2015
À L'ACCORD DU 18 JUIN 2012
RELATIF À LA RENTE TEMPORAIRE DÉCÈS PRÉVOYANCE**

NOR : ASET1551012M

IDCC : 3013

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet d'améliorer la garantie « Rente éducation » et ce sans incidence tarifaire.

Article 1^{er}

Il est ajouté à l'article 6 « Garantie rente éducation » un paragraphe intitulé « Rente temporaire substitutive » et rédigé comme suit :

« Rente temporaire substitutive

Lorsque à la date du décès du salarié (ou ancien salarié bénéficiaire de la portabilité des droits) celui-ci n'a pas d'enfant à charge, il est versé au conjoint tel que défini à l'article 5.6 du présent accord une rente temporaire d'un montant de :

Salariés relevant et ne relevant pas des articles 4, 4 *bis* et 36 de l'annexe I de la convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 : 5 % du salaire de référence.

Le versement de la rente cesse dès que la durée de 5 ans de versement de la rente est atteinte.

La garantie rente éducation et la garantie rente temporaire substitutive sont assurées par l'OCIRP. »

Article 2

La date d'effet du présent avenant est fixée au 1^{er} janvier 2015.

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

A l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent accord sera déposé auprès des services du ministère chargé du travail et des conventions collectives ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris conformément aux dispositions de l'article L. 2231-6 du code du travail.

Il fera ensuite l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 16 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SFL.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

FS CFDT ;

SNPELAC ;

FEC CGT-FO ;

FCCS CFE-CGC.

Brochure n° 3187

Convention collective nationale

IDCC : 1423. – NAVIGATION DE PLAISANCE

ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2015

RELATIF AU RÉGIME DE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1551000M

IDCC : 1423

PRÉAMBULE

Conformément à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche de la navigation de plaisance, la fédération des industries nautiques et les organisations syndicales de salariés, se sont réunis afin d'élaborer et de négocier un accord instituant au 1^{er} janvier 2016 un régime de couverture complémentaire de frais de santé pour les salariés de la branche.

Les partenaires sociaux ont voulu :

- assurer aux salariés un niveau de garanties supérieur à celui prévu par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale ;
- organiser l'accès à un dispositif d'assurance, à un coût avantageux, à l'ensemble des entreprises de la branche, en particulier les plus petites d'entre elles ;
- permettre la mutualisation des risques auprès d'un organisme d'assurance habilité recommandé au terme d'une procédure transparente de consultation et de mise en concurrence de différents opérateurs d'assurance. A cet effet, les partenaires sociaux ont procédé à un appel d'offres auprès d'organismes d'assurance sur la base d'un cahier des charges établi paritairement.

Le présent accord prévoit un régime conventionnel qui constitue un socle de base ainsi qu'un régime optionnel.

En tout état de cause, au-delà de ce régime de base obligatoire, les entreprises ont la faculté de mettre en place des régimes supplémentaires dont les garanties s'ajouteraient à celles prévues par le présent accord.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises relevant de la navigation de plaisance du 31 mars 1979.

Article 2

Objet

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de mettre en place, au 1^{er} janvier 2016, au profit de leurs salariés, la couverture complémentaire conventionnelle de base de frais de santé prévue par le présent accord.

Les entreprises ayant mis en place un régime de couverture complémentaire de frais de santé obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord mais dont les garanties assurées ne couvrent pas à un niveau égal ou supérieur les garanties du régime de base définies dans le présent accord devront adapter leurs garanties à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, au 1^{er} janvier 2016.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Le bénéfice des garanties visées à l'article 5.1 du présent accord est ouvert au profit de l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective précitée, quelle que soit leur catégorie professionnelle et sans condition d'ancienneté.

A ce stade, les partenaires sociaux souhaitent rappeler que les mandataires sociaux ne sont pas automatiquement bénéficiaires, en application du présent accord, du régime de couverture complémentaire de frais de santé. Ainsi, les employeurs devront veiller à mettre en œuvre les procédures adéquates de droit des sociétés, afin qu'ils puissent bénéficier, au besoin, de ce dispositif.

L'adhésion des salariés bénéficiaires au régime conventionnel de base est obligatoire, sous réserve des cas de dispense définis à l'article 4 du présent accord.

Les ayants droit du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières de sécurité sociale.

Au cours d'une suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, le salarié n'est plus bénéficiaire de la couverture complémentaire de frais de santé. Toutefois, le salarié peut souscrire un contrat de maintien de garanties sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation comprenant la part salariale et la part patronale.

Article 4

Cas de dispense d'adhésion

Quelle que soit leur date d'embauche, les salariés peuvent, à leur initiative, être dispensés d'adhésion au dispositif, dans les cas suivants :

- 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 d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU complémentaire) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés 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. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de couverture complémentaire de frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 15 jours à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise ou, pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 15 jours qui suit leur embauche. La demande de dispense des salariés concernés devra comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

A défaut de fournir les éléments dans les délais, l'employeur procédera à l'affiliation du salarié.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier leur situation. A défaut de justificatif, l'employeur procédera à l'affiliation du salarié.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

Article 5

Prestations et cotisations du régime de couverture complémentaire de frais de santé

Les garanties sont mises en œuvre conformément aux exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et aux textes réglementaires pris pour son application.

Les prestations, qui incluent celles versées par le régime de base de la sécurité sociale, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Sauf dispositions contraires prévues par le présent accord et sans préjudice des dispositions ci-dessus rappelées relatives aux contrats dits « responsables », les frais engagés en dehors de la période de garantie, ou non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale, ne feront pas l'objet d'une prise en charge par le présent régime de couverture complémentaire de frais de santé.

Article 5.1

Régime conventionnel (obligatoire pour le salarié)

(Voir tableau page suivante.)

	Régime Conventionnel
NATURE DES FRAIS	Y compris le régime de base de la Sécurité sociale
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION Médicale et Chirurgicale y compris maternité
- Frais de séjour conventionnés ou non conventionnés	240% BR
- Chambre particulière y compris maternité	néant
-accompagnement (enfant de -12 ans)	néant
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	240% BR
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Non adhérent au CAS	130% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	240% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA) - Non adhérent au CAS	130% BR
- Forfait journalier hospitalier	100% FR
SOINS MEDICAUX COURANTS	Conventionné ou non conventionné
- Analyses médicales	100% BR
- Auxiliaires médicaux	100% BR
- Orthopédie et autres prothèses	100% BR
- Appareillages auditifs	100% BR
- Consultations et visites généralistes - Adhérent au CAS	100% BR
- Consultations et visites généralistes - Non adhérent au CAS	100% BR
- Consultations et visites spécialistes - Adhérent au CAS	130% BR
- Consultations et visites spécialistes - Non adhérent au CAS	100% BR
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Adhérent au CAS	130% BR
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Non adhérent au CAS	100% BR
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Adhérent au CAS	100% BR
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Non adhérent au CAS	100% BR
- Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
- Transport (pris en charge Sécurité sociale)	100% BR
DENTAIRE	Conventionné ou non conventionné
- Soins dentaires	170% BR
- Inlays simple, Onlay	170% BR
- Inlays, core et parodontie pris en charge Sécurité sociale	170% BR
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	220% BR
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	225% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	néant
-Implant dans la limite de 3 par an	néant
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (curetage, surfaçage)	5% PMSS par an et par bénéficiaire (soit 158,50 € en 2015)
OPTIQUE	Conditions de limitation du nombre d'Equipement * Le coût de la monture ne peut pas dépasser 150 €
- Verres unifocaux tous types (la paire) + Monture	grilles optique
- 1 Verres unifocal + 1 Verre multifocal + Monture	
- Verres multifocaux tous types (la paire) + Monture	
- Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 2% PMSS (forfait par an)
- Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	2% PMSS (forfait par an)
ACTES DE PREVENTION	
- Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2001	100% BR
MATERNITE	
- Indemnité en cas de naissance	néant
AUTRES	
- Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (traitements et honoraires)	-
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, bilan nutritionnel, éthiopate, psychomotricien, psychologue Praticien Diplômé (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)
Pharmacie prescrite non prise en charge par la sécurité sociale	néant

* Equipement optique :

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

REGIME CONVENTIONNEL								
Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	BASE DE REMBOURSEMENT	CLASSE DE VERRES	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)		
2203240 : verre blanc	2,29 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	4% PMSS		
2287916 : verre teinté								
2280660 : verre blanc	4,12 €	2			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	6,4% PMSS		
2282793 : verre blanc								
2263459 : verre teinté								
2265330 : verre teinté	7,62 €	2		Cylindre < à 4	< à -10 ou > à +10	6,4% PMSS		
2235776 : verre blanc								
2295896 : verre teinté	3,66 €	1			de -6 à +6	4% PMSS		
2259966 : verre blanc								
2226412 : verre teinté	6,86 €	2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS		
2284527 : verre blanc		Cylindre > à 4		de -6 à +6	6,4% PMSS			
2254868 : verre teinté	6,25 €			2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS
2212976 : verre blanc								
2252668 : verre teinté	9,45 €			2			de -4 à +4	6,4% PMSS
2288519 : verre blanc		Sphérique		< à -4 ou > à +4	6,4% PMSS			
2299523 : verre teinté	7,32 €		1	MULTIFOCAUX				
2290396 : verre blanc								
2291183 : verre teinté	10,82 €		2			de - 8 à +8	6,4% PMSS	
2245384 : verre blanc		Tout Cylindre	< à -8 ou > à +8	6,4% PMSS				
2295198 : verre teinté	10,37 €		2					
2227038 : verre blanc								
2299180 : verre teinté	24,54 €		2					
2202239 : verre blanc								
2252042 : verre teinté								
Enfant (<18 ans) Code LPP	BASE DE REMBOURSEMENT	CLASSE DE VERRES	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)		
2261874 : verre blanc	12,04 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	4% PMSS		
2242457 : verre teinté								
2243540 : verre blanc	26,68 €	2			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	6,4% PMSS		
2297441 : verre teinté								
2243304 : verre blanc								
2291088 : verre teinté	44,97 €	2		Cylindre < à 4	< à -10 ou > à +10	6,4% PMSS		
2273854 : verre blanc								
2248320 : verre teinté	14,94 €	1			de -6 à +6	4% PMSS		
2200393 : verre blanc								
2270413 : verre teinté	36,28 €	2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS		
2283953 : verre blanc		Cylindre > à 4		de -6 à +6	6,4% PMSS			
2219381 : verre teinté	27,90 €			2			< à -6 et > à +6	6,4% PMSS
2238941 : verre blanc								
2268385 : verre teinté	46,50 €	2	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	6,4% PMSS		
2245036 : verre blanc					< à -4 ou > à +4	6,4% PMSS		
2206800 : verre teinté	39,18 €	1						
2259245 : verre blanc		Tout Cylindre		de -8 à +8	6,4% PMSS			
2264045 : verre teinté	43,30 €			2			< à -8 ou > à +8	6,4% PMSS
2238792 : verre blanc								
2202452 : verre teinté	43,60 €			2				
2240671 : verre blanc								
2282221 : verre teinté	66,62 €			2				
2234239 : verre blanc								
2259660 : verre teinté								

Article 5.2

Régime optionnel à adhésion facultative

	Régime optionnel
NATURE DES FRAIS	<i>En complément du régime conventionnel</i>
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION Médicale et Chirurgicale y compris maternité
- Frais de séjour conventionnés ou non conventionnés	+ 40% BR
- Chambre particulière y compris maternité	1,40% PMSS (soit 44,38€ en 2015) limité à 20 jours par année civile
- accompagnement (enfant de -12 ans)	1% PMSS (soit 31,70€ en 2015) limité à 20 jours par année civile
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Honoraires conventionnés (ADC, ADA) - Non adhérent au CAS	+ 50% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA) - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Honoraires non conventionnés (ADC, ADA) - Non adhérent au CAS	+ 50% BR
- Forfait journalier hospitalier	-
SOINS MEDICAUX COURANTS	Conventionné ou non conventionné
- Analyses médicales	+ 10% BR
- Auxiliaires médicaux	+ 10% BR
- Orthopédie et autres prothèses	+ 10% BR
- Appareillages auditifs	+ 10% BR
- Consultations et visites généralistes - Adhérent au CAS	+ 70% BR
- Consultations et visites généralistes - Non adhérent au CAS	/
- Consultations et visites spécialistes - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Consultations et visites spécialistes - Non adhérent au CAS	/
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Adhérent au CAS	+ 40% BR
- Actes techniques médicaux / de spécialités (ATM) - Non adhérent au CAS	/
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Adhérent au CAS	+ 20% BR
- Actes d'imagerie (ADI, ADE) - Non adhérent au CAS	/
- Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	/
- Transport (pris en charge Sécurité sociale)	+ 30% BR
DENTAIRE	Conventionné ou non conventionné
- Soins dentaires	/
- Inlays simple, Onlay	+ 100% BR
- Inlays, core et parodontie pris en charge Sécurité sociale	+ 150% BR
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	+ 100% BR
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	+ 25% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	150% BR
- Implant dans la limite de 3 par an	7% PMSS par an et par bénéficiaire (soit 221,90 € en 2015)
Pardontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (curetage, surfaçage)	/
OPTIQUE	Conditions de limitation du nombre d'Equipement * Le coût de la monture ne peut pas dépasser 150 €
- Verres unifocaux tous types (la paire) + Monture	grilles optique
- 1 Verres unifocal + 1 Verre multifocal + Monture	
- Verres multifocaux tous types (la paire) + Monture	
- Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	+ 3% PMSS (forfait par an) (soit 95,1 € en 2015)
- Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	+ 8% PMSS (forfait par an) (soit 253,6 € en 2015)
ACTES DE PREVENTION	
- <u>Ensemble</u> des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2001	-
MATERNITE	
- Indemnité en cas de naissance	10% PMSS (soit 317 € en 2015)
AUTRES	
- Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (traitements et honoraires)	35 à 20% BR selon les actes
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, bilan nutritionnel, éthiopate, psychomotricien, psychologue Praticien Diplômé (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	+ 5 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)
Pharmacie prescrite non prise en charge par la sécurité sociale	1% PMSS (soit 31,70 € en 2015)

* Equipement optique :

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

REGIME OPTIONNEL							
Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	BASE DE REMBOURSEMENT	CLASSE DE VERRES	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en %PMSS pour une paire (monture comprise)	
2203240 : verre blanc	2,29 €	1	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	7,55% PMSS	
2287916 : verre teinté					de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	9,77% PMSS	
2280660 : verre blanc	Cylindre < à 4	< à -10 ou > à +10					9,77% PMSS
2282793 : verre blanc							
2263459 : verre teinté		< à -6 et > à +6			9,77% PMSS		
2265330 : verre teinté				Cylindre > à 4		de -6 à +6	9,77% PMSS
2235776 : verre blanc	de -4 à +4	7,55% PMSS					
2295896 : verre teinté				< à -4 ou > à +4	9,77% PMSS		
2259966 : verre blanc	de -8 à +8	9,77% PMSS					
2226412 : verre teinté				< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS		
2284527 : verre blanc	Sphérique	de -6 à +6				7,55% PMSS	
2254868 : verre teinté				< à -6 et > à +6	9,77% PMSS		
2212976 : verre blanc	Tout	de -8 à +8				9,77% PMSS	
2252668 : verre teinté				Cylindre	< à -8 ou > à +8		9,77% PMSS
2288519 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8				9,77% PMSS	
2299523 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS		
2290396 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8				9,77% PMSS	
2291183 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS		
2245384 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8				9,77% PMSS	
2295198 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS		
2227038 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8				9,77% PMSS	
2299180 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS		
2202239 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8				9,77% PMSS	
2252042 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS		
2261874 : verre blanc	12,04 €	1				UNIFOCAUX	Sphérique
2242457 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	9,77% PMSS			
2243540 : verre blanc	Cylindre < à 4	< à -10 ou > à +10			9,77% PMSS		
2297441 : verre teinté							
2243304 : verre blanc		< à -6 et > à +6	9,77% PMSS				
2291088 : verre teinté				Cylindre > à 4	de -6 à +6		9,77% PMSS
2273854 : verre blanc	de -4 à +4	7,55% PMSS					
2248320 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	9,77% PMSS			
2200393 : verre blanc	de -8 à +8	9,77% PMSS					
2270413 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	9,77% PMSS			
2283953 : verre blanc	Sphérique	de -6 à +6			7,55% PMSS		
2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	9,77% PMSS			
2238941 : verre blanc	Tout	de -8 à +8			9,77% PMSS		
2268385 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8			9,77% PMSS
2245036 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8			9,77% PMSS		
2206800 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8		9,77% PMSS	
2259245 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8			9,77% PMSS		
2264045 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8		9,77% PMSS	
2238792 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8			9,77% PMSS		
2202452 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8		9,77% PMSS	
2240671 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8			9,77% PMSS		
2282221 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8		9,77% PMSS	
2234239 : verre blanc	Cylindre	< à -8 ou > à +8			9,77% PMSS		
2259660 : verre teinté			Cylindre	< à -8 ou > à +8		9,77% PMSS	

Article 5.3

Engagement des partenaires sociaux au titre du haut degré 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 la cotisation affectée au financement de ces prestations est fixée à 2 % minimum.

Article 5.4

Cotisations

Régime collectif convention collective nationale à adhésion obligatoire pour le salarié uniquement

a) Personnel actif

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
	Taux 2016 en % du PMSS	
Cotisation salarié – appel entreprise	0,89	0,49
Cotisation conjoint – appel sur compte individuel	0,98	0,53
Cotisation enfant – appel sur compte individuel	0,53	0,33

Les taux de cotisation ci-dessus sont garantis pour 2016 et 2017. La cotisation « salarié » de 0,89 % sera appelée à 0,86 % pour l'année 2016.

b) Catégorie loi Evin

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
	Taux 2016 en % du PMSS	
Cotisation adulte – appel sur compte individuel	1,19	0,64
Cotisation enfant – appel sur compte individuel	0,53	0,33

Régime optionnel à adhésion facultative

a) Personnel actif

(En pourcentage.)

	RÉGIMES GÉNÉRAL ET LOCAL
	Taux 2016 en % du PMSS
Cotisation salarié – appel entreprise	0,32
Cotisation salarié facultatif conjoint – appel sur compte individuel	0,36
Cotisation enfant – appel sur compte individuel	0,13

	RÉGIMES GÉNÉRAL ET LOCAL
	Taux 2016 en % du PMSS
Cotisation adulte – appel sur compte individuel	0,43
Cotisation enfant – appel sur compte individuel	0,13

Article 6

Organisme d'assurance habilité recommandé

Les partenaires sociaux choisissent de recommander aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, pour assurer le régime de couverture complémentaire de frais de santé prévu par le présent accord, l'organisme d'assurance habilité suivant : AG2R Prévoyance, dont le siège social est situé 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

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

Article 7

Financement du régime

Le financement du régime collectif dont bénéficie le salarié à titre obligatoire est assuré par une cotisation répartie à hauteur de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

L'affiliation des ayants droit ainsi que l'amélioration de garanties au titre du régime obligatoire sont intégralement financées par le salarié, si elles sont effectuées à titre individuel et facultatif par le salarié.

Article 8

Maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »

Au titre de l'article 4 de la loi Evin précitée, deux catégories de bénéficiaires ont droit au maintien individuel de la couverture frais de santé, à leur demande :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties conformément aux dispositions de l'article 9 du présent accord relatif à la mise en œuvre de la portabilité.

Conformément à l'article 4 de la loi Evin, l'organisme d'assurance habilité adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;

- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Conformément à l'article 4 de la loi Evin, l'organisme d'assurance adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes au plus tard dans le délai de 2 mois à compter du décès.

Le maintien de la garantie donne lieu à un nouveau contrat entre l'assuré et l'organisme d'assurance habilité. Ce nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande et doit maintenir à l'identique les garanties des salariés actifs.

Les personnes bénéficiaires financent seules ce maintien de garantie.

Les tarifs applicables aux personnes visées ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Article 9

Portabilité des garanties

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés garantis collectivement en matière de remboursement de frais de santé et de maternité bénéficient du maintien temporaire de leur couverture 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.

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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois.

Il incombe à l'ancien salarié de justifier auprès de l'organisme d'assurance, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions requises pour en bénéficier.

L'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme d'assurance habilité de la cessation du contrat de travail.

Article 10

Suivi du régime de couverture complémentaire de frais de santé

Le régime de couverture complémentaire de frais de santé est administré par la commission nationale paritaire, dont sont membres l'organisation d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale précitée.

L'organisme d'assurance habilité recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes devant la commission nationale paritaire par l'organisme d'assurance habilité, les garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié paritairement.

Article 11

Dispositions finales

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Il est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations représentatives dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du code du travail et dépôt dans les conditions prévues par l'article L. 2231-6 du même code.

Fait à Paris, le 21 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FIN.

Syndicats de salariés :

FM CFE-CGC ;

FCE CFDT ;

FG FO construction.

Brochure n° 3150

Convention collective nationale

IDCC : 3168. – PROFESSIONS DE LA PHOTOGRAPHIE

AVENANT DU 2 JUILLET 2015

RELATIF AUX SALAIRES

NOR : ASET1551004M

IDCC : 3168

Le présent avenant a pour objet de fixer la rémunération mensuelle brute en dessous de laquelle aucun salarié employé sur la base de la durée légale ne pourra être rémunéré dans les entreprises relevant de la convention collective nationale des professions de la photographie.

Article 1^{er}

Salaires minima mensuels

Les salaires minima conventionnels issus de la nouvelle grille de classification du 2 juillet 2015 sont les suivants :

(En euros.)

CATÉGORIE	COEFFICIENT	SALAIRE
Employé	150	1 467
	155	1 475
	165	1 485
	175	1 503
	185	1 525
	195	1 615
	205	1 652
	210	1 739
Maîtrise	220	1 817
	230	1 901
	250	2 071
	270	2 170
	275	2 275
Cadre	320	2 695
	350	2 857
	370	3 064
	410	3 418
	450	3 735

La base est la durée légale du travail, soit 151,67 heures.

Article 2

Entrée en vigueur

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur, pour l'ensemble des entreprises adhérentes aux organisations ou groupements signataires, le premier jour du mois civil suivant la date de signature du présent avenant.

Les dispositions du présent avenant entreront en vigueur, pour l'ensemble des entreprises de la branche non adhérentes aux organisations ou groupements signataires, le premier jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension du présent avenant au *Journal officiel*.

Le présent avenant entrera en vigueur à l'issue du délai prévu par l'article L. 2232-2 du code du travail pour l'exercice par les organisations syndicales représentatives des salariés du droit d'opposition.

Fait à Paris, le 2 juillet 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNP ;

GNPP.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

UNSA spectacle.

Convention collective nationale

**IDCC : 3105. – RÉGIES DE QUARTIER
(2 avril 2012)**

AVENANT N° 3 DU 26 JUIN 2015
MODIFIANT L'ARTICLE 5.2 ET L'ANNEXE III
RELATIFS À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

NOR : ASET1550988M

IDCC : 3105

Entre :

Le SERQ,

D'une part, et

La FNCB CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Réécriture de l'article 5.2 de la convention collective

L'article 5.2 de la convention collective est réécrit comme suit :

« Les signataires de la présente convention collective adhèrent à l'accord du 15 janvier 2011 relatif aux parcours d'évolution professionnelle dans l'économie sociale.

La formation doit être envisagée en tenant compte des besoins des salariés face au marché de l'emploi, mais aussi des demandes des habitants du champ d'action des régies.

Tout sera mis en œuvre pour permettre aux salariés des "régies", qu'ils travaillent à temps plein ou à temps partiel, d'envisager une formation adaptée à leurs besoins soit répondant à un projet professionnel individuel, soit répondant à l'amélioration de leur formation initiale, afin d'aider au retour ou à l'accès sur le marché de l'emploi traditionnel, avec le plus d'atouts possible.

L'élaboration des plans de formation au sein des "régies" sera l'occasion de travailler en partenariat avec les signataires de l'accord collectif, le comité national de liaison des régies de quartier, les acteurs de l'emploi, de l'insertion et de la formation localement, les autres intervenants professionnels et associatifs sur le quartier, et les habitants.

Afin de satisfaire à ces objectifs, les "régies" mettront tout en œuvre pour obtenir des financements spécifiques afin de permettre la réalisation des projets de formation.

Chaque "régie" adhérente a l'obligation d'adhérer à un OPCA (organisme paritaire collecteur agréé) défini en annexe III.

Le taux de participation à la formation professionnelle continue de chaque régie est conventionnellement fixé au minimum légal, augmenté d'un taux uniforme de 0,15 % de la masse salariale brute, quelle que soit la taille de la régie.

Cette sur-contribution financera la préparation et la mise en œuvre d'actions collectives de formation jugées stratégiques et prioritaires par les signataires du présent accord.

Par ailleurs, les régies de plus de 10 salariés ETP verseront une contribution conventionnelle complémentaire dont le niveau et l'affectation des fonds vers les priorités de formation de la branche sont discutés en commission paritaire nationale emploi formation et validés en commission paritaire nationale de négociation chaque année.

Les éléments relatifs à l'OPCA désigné, au contrat de professionnalisation, à la période de professionnalisation et au compte personnel de formation font l'objet d'une annexe III intitulée "Formation professionnelle". »

Article 2

Réécriture de l'annexe III de la convention collective relative à la formation professionnelle

L'annexe III de la convention collective est réécrite comme suit :

« Vu l'accord collectif national professionnel régies de quartier du 12 avril 1999 ;

Vu l'accord national interprofessionnel du 5 décembre 2003 ;

Vu la loi n° 2004-391 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social ;

Vu la loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie ;

Vu l'accord du 15 janvier 2011 relatif aux parcours d'évolution professionnelle dans l'économie sociale ;

Vu la loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche réaffirment l'importance de la formation professionnelle continue dans la réalisation du projet social des régies.

La formation professionnelle permet d'accéder à la qualification et au développement des compétences qui participent à l'entrée, au maintien ou au retour sur le marché du travail traditionnel et sécurisent les parcours professionnels.

Elle est également un outil à portée plus large, favorisant notamment un véritable accès à la citoyenneté.

La présente annexe tient compte de la réforme du 5 mars 2014, visant à créer une responsabilité individuelle (des salariés) et collective (des employeurs) dans la construction des parcours professionnels.

Elle repose sur un principe de solidarité entre les régies de toutes tailles afin de favoriser l'accès à la formation professionnelle de l'ensemble des salariés en renforçant la mutualisation des fonds, ce qui incite le développement de dispositifs spécifiques et innovants.

Les partenaires sociaux réaffirment le rôle de la commission paritaire nationale emploi formation comme instance paritaire de définition d'une politique de formation de la branche.

L'organisme désigné pour l'ensemble des régies de quartier et de territoire de France métropolitaine et des DROM-COM, du comité national de liaison des régies de quartier et entreprises et associations relevant du champ de la présente convention est l'organisme paritaire collecteur agréé Uniformalion.

A ce titre, Uniformalion aura notamment pour rôles :

- d'informer les adhérents et leurs salariés sur les dispositifs de formation, l'accès aux financements et le montage de dossiers financiers et pédagogiques ;
- d'informer, de sensibiliser et d'accompagner les entreprises et associations dans l'analyse et la définition de leurs besoins en matière de formation professionnelle ;
- de contribuer au développement de la formation professionnelle continue auprès des entreprises et associations du secteur ;
- d'accompagner la CPNEF dans ses travaux.

Les entreprises et associations relevant du champ conventionnel de la branche verseront à Uniformalion les contributions légales et conventionnelles stipulées dans la clause financière relative aux contributions au titre de la formation professionnelle dans les régies.

Les fonds collectés devront permettre à Uniformalion :

- en tant qu'OPCA : de participer au financement des dépenses relatives au plan de formation, aux actions de professionnalisation et au compte personnel de formation, au bénéfice des entreprises et salariés de la branche.

De participer également au financement du FPSPP et des actions financées dans le cadre de la contribution conventionnelle complémentaire conformément aux priorités définies par la branche ;

- en tant qu'OPACIF : de participer à la prise en charge du congé individuel de formation au bénéfice des salariés de la branche.

Chaque année, la branche conviendra, dans le cadre d'un protocole de partenariat avec Uniformalion, d'engagements réciproques et de modalités de fonctionnement.

La branche s'assurera notamment de la mise en œuvre, par Uniformalion, des orientations et priorités de formation définies par la branche.

Les dispositions de cet accord s'appliquent à l'ensemble des entreprises et associations relevant du champ conventionnel de la branche.

Cet accord est applicable pour une durée de 3 ans. Les partenaires sociaux s'engagent à ouvrir de nouvelles négociations 6 mois avant ce terme et de manière générale sur demande des parties.

Section 1

Conseil en évolution professionnelle

Toute personne peut bénéficier tout au long de sa vie professionnelle d'un conseil en évolution professionnelle, dont l'objectif est de favoriser l'évolution et la sécurisation de son parcours professionnel. Ce conseil gratuit est mis en œuvre dans le cadre du service public régional de l'orientation défini dans la loi.

Le conseil accompagne les projets d'évolution professionnelle, en lien avec les besoins économiques existants et prévisibles dans les territoires. Il facilite l'accès à la formation, en identifiant les qualifications et les formations répondant aux besoins exprimés par la personne et les financements disponibles, et il facilite le recours, le cas échéant, au compte personnel de formation.

L'offre de services du conseil en évolution professionnelle est définie par un cahier des charges publié par voie d'arrêté du ministre chargé de la formation professionnelle, et il est assuré par les institutions et organismes mentionnés dans la loi.

Les régies informent les salariés de l'existence du conseil en évolution professionnelle et des institutions et organismes mettant en œuvre ce service.

Section 2

Entretien professionnel

Chaque salarié bénéficie tous les 2 ans d'un entretien professionnel avec son employeur consacré à ses perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualification et d'emploi. Cet entretien ne porte pas sur l'évaluation du travail du salarié.

Cet entretien professionnel, qui donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié, est également proposé systématiquement au salarié qui reprend son activité à l'issue d'un congé de maternité, d'un congé parental d'éducation, d'un congé de soutien familial, d'un congé d'adoption, d'un congé sabbatique, d'une période de mobilité volontaire sécurisée mentionnée à l'article L. 1222-12, d'une période d'activité à temps partiel au sens de l'article L. 1225-47 du présent code, d'un arrêt longue maladie prévu à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ou à l'issue d'un mandat syndical.

Tous les 6 ans, l'entretien professionnel fait un état des lieux récapitulatif du parcours professionnel du salarié. Cette durée s'apprécie par référence à l'ancienneté du salarié dans l'entreprise.

Cet état des lieux, qui donne lieu à la rédaction d'un document dont une copie est remise au salarié, permet de vérifier que le salarié a bénéficié au cours des 6 dernières années des entretiens professionnels et d'apprécier s'il a :

- suivi au moins une action de formation ;
- acquis des éléments de certification par la formation ou par une validation des acquis de son expérience ;
- bénéficié d'une progression salariale ou professionnelle.

Dans les entreprises d'au moins 50 salariés, lorsque, au cours de ces 6 années, le salarié n'a pas bénéficié des entretiens prévus et d'au moins deux des trois mesures mentionnées ci-dessus, son compte personnel est abondé dans les conditions définies à l'article L. 6323-13 du code du travail.

Section 3

Compte personnel de formation

Article 1^{er}

Alimentation du compte personnel de formation pour les salariés

Dispositions générales

Conformément aux dispositions prévues par l'article L. 6323-11 du code du travail, l'alimentation du compte se fait à hauteur de 24 heures par année de travail à temps complet jusqu'à l'acquisition d'un crédit de 120 heures, puis de 12 heures par année de travail à temps complet, dans la limite d'un plafond total de 150 heures.

La période d'absence du salarié pour un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, de présence parentale, de soutien familial ou un congé parental d'éducation ou pour une maladie professionnelle ou un accident du travail est intégralement prise en compte pour le calcul de ces heures.

Le versement des contributions au titre du compte personnel de formation se fait auprès de l'OPCA désigné, sauf accord dérogatoire par accord d'entreprise.

Cas des salariés n'ayant pas effectué une durée de travail à temps complet sur l'ensemble de l'année

Lorsque le salarié n'a pas effectué une durée de travail à temps complet sur l'ensemble de l'année, l'alimentation est calculée au prorata du temps de travail effectué dans l'entreprise.

Article 2

Abondement du compte personnel de formation pour les salariés

Abondement du compte personnel de formation de manière individuelle

Lorsque la durée de la formation retenue par un salarié est supérieure au nombre d'heures inscrites sur son compte personnel de formation, il peut demander l'abondement en heures complémentaires pour assurer le financement de celle-ci conformément aux dispositions des articles L. 6323-4-II du code du travail.

Comme spécifié à l'article L. 6323-5 du même code, cet abondement en heures complémentaires est mentionné au compte personnel de formation mais n'entre pas dans le calcul du plafond prévu par l'article L. 6323-11.

Abondement du compte personnel de formation de manière collective

Conformément à l'article L. 6323-14 du code du travail, un accord d'entreprise peut prévoir un abondement supplémentaire des comptes personnels de formation.

Dans ce cas, l'accord d'entreprise devra abonder en priorité les comptes des salariés en parcours d'insertion, des salariés les moins qualifiés professionnellement, des salariés exposés à des facteurs de risques professionnels, des salariés occupant des emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques et des salariés à temps partiel.

Il devra également viser les formations soit permettant d'acquérir le socle de connaissances et de compétences, soit relevant de la liste prioritaire élaborée par la CPNEF.

Comme spécifié à l'article L. 6323-15 du code du travail, cet abondement supplémentaire n'entre pas en compte dans les modes de calcul des heures qui sont créditées sur le compte des salariés chaque année et du plafond mentionné à l'article L. 6323-11 du même code.

Dans les entreprises d'au moins 50 salariés, lorsque, au cours de ces 6 années, le salarié n'a pas bénéficié des entretiens prévus et d'au moins deux des trois mesures mentionnées ci-dessus, son compte personnel est abondé dans les conditions définies à l'article L. 6323-13 du code du travail (voir section 2).

Article 3

Formations éligibles au compte personnel de formation pour les salariés de la branche

Formations rendues éligibles par la branche

La commission paritaire nationale emploi formation (CPNEF) de la branche des régies élabore chaque année une liste de formations éligibles au compte personnel de formation.

La liste doit recenser les qualifications utiles à l'évolution professionnelle des salariés de la branche au regard des métiers spécifiques et des compétences recherchées au sein de la branche, et notamment des salariés exposés à des facteurs de risques professionnels et aux évolutions du marché de l'emploi.

Elle a pour objets de favoriser la progression des compétences des salariés de la branche et la mobilité professionnelle.

Conformément aux dispositions prévues par l'article L. 6323-6-II, de 1° à 4°, du code du travail, les formations inscrites sur la liste doivent figurer parmi les types de formations suivantes :

- formations sanctionnées par une certification enregistrée dans le répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation ou permettant d'obtenir une partie identifiée de certification professionnelle, classée au sein du répertoire, visant à l'acquisition d'un bloc de compétences ;
- formations sanctionnées par un certificat de qualification professionnelle mentionné à l'article L. 6314-2 du code du travail ;
- formations sanctionnées par les certifications inscrites à l'inventaire mentionné au dixième alinéa du II de l'article L. 335-6 du code de l'éducation ;
- formations concourant à l'accès à la qualification des personnes à la recherche d'un emploi et financées par les régions et les institutions mentionnées aux articles L. 5312-1 et L. 5214-1 du code du travail.

Cette liste sera diffusée aux régions, qui informeront leurs salariés.

Autres formations éligibles

Les formations permettant d'acquérir le socle de connaissances et de compétences, dont la liste est définie par décret, et l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience sont éligibles, de droit, au compte personnel de formation.

La liste établie par la CPNEF s'inscrit, par ailleurs, en complémentarité :

- de la liste élaborée par le comité paritaire interprofessionnel national pour l'emploi et la formation (COPANEF) ;
- des listes élaborées par les comités paritaires interprofessionnels régionaux pour l'emploi et la formation (COPAREF), étant entendu que, pour un salarié donné, seule la liste de la région où il travaille est pertinente en termes d'éligibilité.

Article 4

Formations suivies pendant le temps de travail

Les formations financées dans le cadre du compte personnel de formation sont soumises à l'accord de l'employeur sur le contenu et le calendrier de la formation, lorsqu'elles sont suivies en tout ou partie pendant le temps de travail.

L'accord préalable de l'employeur sur le contenu de la formation n'est toutefois pas requis :

- lorsque la formation est financée au titre des heures créditées sur le compte personnel de formation en application de l'article L. 6323-13 du code du travail, c'est-à-dire lorsqu'un salarié d'une entreprise de 50 salariés ou plus n'a pas bénéficié, durant les 6 années précédant l'entretien professionnel, des entretiens prévus au I de l'article L. 6315-1 et d'au moins deux des trois mesures suivantes : action de formation, acquisition des éléments de certification par la formation ou par la validation des acquis de son expérience ou progressions salariale ou professionnelle ;
- lorsque la formation permet d'acquérir le socle de connaissances et de compétences défini par décret ;
- lorsqu'il s'agit d'un accompagnement à la validation des acquis de l'expérience.

En vertu des dispositions de l'article L. 6323-18, les heures consacrées à la formation pendant le temps de travail constituent un temps de travail effectif et donnent lieu au maintien par l'employeur de la rémunération du salarié.

Article 5

Abondement du compte personnel de formation par la période de professionnalisation

En vertu des dispositions prévues par l'article L. 6324-1 du code du travail, les périodes de professionnalisation peuvent abonder le compte personnel de formation du salarié en heures complémentaires, lorsque la durée de la formation est supérieure au nombre d'heures inscrites sur le compte.

Ces heures complémentaires n'entrent pas en compte dans les modes de calcul des heures qui sont créditées sur le compte du salarié chaque année et du plafond mentionnés à l'article L. 6323-11.

Section 4

Période de professionnalisation

Article 1^{er}

Publics éligibles à la période de professionnalisation prévue par la branche

Conformément aux dispositions prévues par l'article L. 6324-1 du code du travail, les périodes de professionnalisation peuvent être mobilisées pour des salariés :

- en contrat à durée indéterminée ;
- en contrat de travail à durée déterminée d'insertion conclu en application de l'article L. 1242-3 ;
- bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou indéterminée conclu en application de l'article L. 5134-19-1 (contrat unique d'insertion).

Article 2

Formations éligibles à la période de professionnalisation prévue par la branche

Conformément aux dispositions prévues par l'article L. 6324-1 du code du travail, les périodes de professionnalisation ont pour objet de favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi des publics éligibles à la période de professionnalisation par des actions de formation définies comme suit :

1° Des formations qui visent l'obtention d'une qualification :

- soit enregistrée dans le répertoire national des certifications professionnelles prévu à l'article L. 335-6 du code de l'éducation ;
- soit reconnue dans les classifications d'une convention collective nationale de branche ;
- soit ouvrant droit à un certificat de qualification professionnelle de branche ou interbranches.

2° Des actions permettant l'accès au socle de connaissances et de compétences, défini par décret ;

3° Des actions permettant l'accès à une certification inscrite à l'inventaire mentionné au dixième alinéa du II de l'article L. 335-6 du code de l'éducation.

Article 3

Priorités de formation pour les salariés de la branche

La CPNEF de la branche des régies de quartier et de territoire définit annuellement les publics prioritaires ainsi que les actions de formations prioritaires s'inscrivant dans le cadre de l'article L. 6324-1 précédemment cité.

Article 4

Durée minimale de la formation dans le cadre de la période de professionnalisation

Conformément aux dispositions prévues par les articles L. 6324-5-1 et D. 6324-1 du code du travail, la durée minimale de la formation reçue dans le cadre de la période de professionnalisation est fixée à 70 heures réparties sur une période maximale de 12 mois calendaires.

Cette durée minimale ne s'applique pas :

- 1° Aux actions permettant aux salariés de faire valider les acquis de leur expérience ;
- 2° Aux formations financées dans le cadre de l'abondement du compte personnel de formation visé au dernier alinéa de l'article L. 6324-1 ;
- 3° Aux certifications et habilitations correspondant à des compétences transversales exercées en situation professionnelle et sanctionnant une maîtrise professionnelle (formations sanctionnées par les certifications inscrites à l'inventaire mentionné au dixième alinéa du II de l'article L. 335-6 du code de l'éducation).

Article 5

Complément de financement de la période de professionnalisation

La période de professionnalisation est financée par l'OPCA Uniformation dans le cadre des sommes collectées et affectées à la professionnalisation.

La CPNEF de la branche des régies de quartier et de territoire définit annuellement les modalités de complément de financement de la période de professionnalisation dans le cadre de la contribution conventionnelle complémentaire fixée par la clause financière de la présente annexe.

Article 6

Tutorat

La branche encourage le recours au tutorat dans le cadre de ce dispositif, considérant l'accompagnement du salarié en période de professionnalisation comme un facteur clé de réussite de son insertion professionnelle et/ou de sa démarche de qualification.

Section 5

Tutorat

Article 1^{er}

Objet

La branche professionnelle des régies de quartier et de territoire affirme sa volonté de favoriser l'accueil, l'intégration et l'accompagnement des salariés dans l'entreprise, et particulièrement des salariés inscrits dans une démarche d'insertion sociale, professionnelle ou de qualification.

Aussi, la branche s'engage en faveur du soutien et du développement du tutorat et de la valorisation de la fonction de tuteur.

A ce titre, la branche définit ses orientations et les modalités de mise en œuvre des dispositifs suivants :

- le tutorat interne ;
- la formation des tuteurs.

Article 2

Modalités de mise en œuvre du tutorat interne prévues par la branche

La branche encourage le recours au tutorat interne, considérant l'accompagnement du salarié par un salarié qualifié et expérimenté de la structure comme un facteur clé de réussite de son insertion professionnelle et/ou de sa démarche de qualification.

Il est rappelé que le tutorat est obligatoire pour les salariés en contrat de professionnalisation, conformément aux dispositions prévues par l'article D. 6325-6 du code du travail. Les modalités de tutorat de salariés en contrat de professionnalisation sont définies par les articles D. 6325-6 à D. 6325-10. Il est également obligatoire pour les salariés en contrat unique d'insertion.

L'OPCA désigné par la branche contribue au financement des coûts liés à l'exercice de la fonction tutorale engagés par les entreprises et associations, pour les salariés bénéficiaires de contrats de professionnalisation ou de périodes de professionnalisation, selon les modalités prévues aux articles L. 6332-15 et D. 6332-91 du code du travail.

Le tutorat permet de favoriser la transmission des savoir-faire et le développement de l'autonomie professionnelle.

a) Choix et missions du tuteur

Le tuteur est un salarié permanent des régies de quartier. Il exerce une fonction d'encadrement et/ou d'accompagnement.

Il apporte progressivement au(x) salarié(s) les moyens de développer son (leur) autonomie et de s'adapter à un poste, à une fonction, à une équipe, à une structure, à un territoire.

Le tuteur a pour missions, notamment :

- de participer à l'accueil, aider, informer et guider le salarié dans l'entreprise ;
- de transmettre ses connaissances, ses savoir-faire ;
- de contribuer à l'acquisition des savoir-faire et comportements professionnels ;
- d'évaluer régulièrement l'acquisition des connaissances, des compétences, des savoir-faire et comportements professionnels ;
- d'être une personne ressource pour le tuteuré ;
- de participer au suivi et à l'évaluation de la formation, le cas échéant.

Compte tenu des responsabilités qui lui incombent, le tuteur doit disposer du temps nécessaire pour assurer ses fonctions auprès du bénéficiaire.

Choisi pour ses qualités professionnelles, humaines et pédagogiques, il peut suivre les activités de trois personnes au plus.

Un bilan de l'activité du tuteur est réalisé par la régie.

b) Formation des tuteurs

Afin de permettre au tuteur de disposer des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission, la branche encourage la formation des tuteurs.

Le CNLRQ (comité national de liaison des régies de quartier) pourra mettre en place une formation « Etre tuteur dans une régie de quartier » afin de les aider à remplir leurs missions.

L'OPCA désigné par la branche peut contribuer au financement des dépenses liées à la formation de tuteur de salariés bénéficiaires de contrats de professionnalisation ou de périodes de professionnalisation selon les modalités prévues à l'article L. 6332-15 du code du travail.

c) Formation interne

La branche encourage le développement de la formation interne en situation de travail.

Section 6

Certificat de qualification professionnelle

La branche des régies de quartier et de territoire affirme sa volonté de développer des formations aboutissant à des qualifications sanctionnées par une certification.

Les connaissances et les compétences acquises dans le cadre de ces parcours de formation ne permettent pas à ce jour aux personnes d'acquérir un titre professionnel reconnu. Afin de sécuriser les parcours professionnels des salariés des régies, favoriser leur retour à l'emploi et leur insertion professionnelle durable, la reconnaissance des compétences acquises via une certification apparaît capital.

L'enjeu de la certification est donc majeur dans la politique de formation de la branche.

L'accès à la certification est complexe pour les salariés des régies. Le développement de formations visant à préparer leur accès à la certification est une priorité de la politique de formation de la branche. A travers des formations réalisées dans le cadre du parcours des salariés à la régie, il s'agit de favoriser l'intégration durable des personnes fragiles au regard de l'emploi.

La branche souhaite promouvoir la création de certificat de qualification professionnelle inter-branches et de certificat de qualification professionnelle de branche et encourage les régies à se saisir de ces voies d'accès à la certification pour leurs salariés.

a) Certificat de qualification professionnelle interbranches

Afin de favoriser l'insertion professionnelle durable, la mobilité et l'employabilité des salariés et des demandeurs d'emploi, la branche des régies de quartier et de territoire s'engage à favoriser la reconnaissance de capacités ou de compétences communes et transversales avec d'autres branches.

Ainsi, la démarche de CQPI de la branche vise notamment à répondre aux objectifs suivants :

- développer et reconnaître les compétences des salariés au travers d'un parcours qualifiant ;
- accompagner les évolutions du secteur et des entreprises ;
- favoriser la sécurisation des parcours professionnels ;
- faciliter l'employabilité et la mobilité professionnelle intersecteurs.

Cette démarche se concrétise par :

- le développement de CQPI existants ;
- la création de nouveaux CQPI en association avec d'autres branches professionnelles.

La CPNEF est notamment compétente pour la création de nouveaux CQPI en association avec d'autres branches.

La liste des CQPI, reconnus par la branche, est mise à jour régulièrement.

b) Certificat de qualification professionnelle de branche

La création des certificats de qualification professionnelle (CQP) de branche ouverts à des salariés et à des demandeurs d'emploi répond aux objectifs suivants :

- développer et reconnaître les compétences des salariés et des demandeurs d'emploi au travers d'un parcours qualifiant ;
- accompagner les évolutions du secteur et des entreprises ;
- favoriser la sécurisation des parcours professionnels des salariés de la branche et des demandeurs d'emploi ;
- faciliter la mobilité professionnelle des salariés de la branche et des demandeurs d'emploi ;
- favoriser l'insertion professionnelle durable des salariés de la branche et des demandeurs d'emploi.

La CPNEF est notamment compétente pour la création d'un CQP, l'élaboration, pour chaque CQP, d'un référentiel de compétences et de certification, l'étude des référentiels de formation ainsi que pour l'organisation de la procédure d'évaluation et de la délivrance des certificats de qualification professionnelle aux salariés et aux demandeurs d'emploi.

Les CQP de la branche sont accessibles par la voie de la validation des acquis de l'expérience, pour les salariés et les demandeurs d'emploi.

La CPNEF habilite les organismes de formation habilités à dispenser les actions de formation s'inscrivant dans la démarche de délivrance de CQP de la branche.

La liste des CQP, validés par la branche, est mise à jour régulièrement.

Section 7

Actions de formation prioritaires pour la branche

Les priorités de formation de la branche sont définies dans une annexe spécifique.

La branche revisite chaque année les priorités de formation.

Section 8

Observatoire prospectif des métiers et des qualifications

Article 1^{er}

Objet de l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications

L'observatoire prospectif des métiers et des qualifications a pour objet d'examiner l'évolution quantitative et qualitative des emplois et des qualifications professionnelles de la branche.

L'observatoire est l'outil de veille, d'aide à la réflexion et d'appui à la décision de la branche.

Par ses travaux, l'observatoire alimente la réflexion des partenaires sociaux de la branche et constitue une aide à la définition de la politique emploi formation de la branche et notamment de ses priorités.

Les travaux de l'observatoire sont examinés par la CPNEF qui en tire conclusions et recommandations.

Les travaux de l'observatoire constituent notamment un appui important dans le cadre de la négociation sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, comme prévu par l'article L. 2241-4 du code du travail, ainsi que dans le cadre de démarches de création de certificats de qualification professionnelle (CQP ou CQPI).

Les travaux de l'observatoire alimentent également le conseil national de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles (CNEFOP), dans le cadre de son programme triennal d'évaluation des politiques d'information et d'orientation professionnelles, de formation professionnelle initiale et continue, d'insertion et de maintien dans l'emploi aux niveaux national et régional, comme prévu par les articles L. 6123-1 et R. 6123-1-2 du code du travail.

Article 2

Fonctionnement de l'OPMQ

L'observatoire est géré dans le cadre même de la commission paritaire nationale de la branche.

Pour réaliser ses missions, l'observatoire est notamment amené à :

- promouvoir la réalisation des enquêtes et études prospectives centrées sur l'évolution des métiers ;
- capitaliser des études disponibles ;
- développer les partenariats.

La commission paritaire nationale emploi formation examinera les résultats des travaux de l'observatoire, et plus particulièrement l'évolution quantitative et qualitative des métiers. La commission paritaire nationale emploi formation et Unifformation affecteront aux actions réalisées dans le cadre de cet observatoire un budget déterminé. Les travaux réalisés tant quantitatifs que qualitatifs sur les salariés, les emplois, les compétences seront communiqués à Unifformation et alimenteront la connaissance et l'appréciation interbranches du secteur professionnel. »

Article 3

Le dépôt du présent accord sera effectué en deux exemplaires auprès de la direction générale du travail.

Fait à Paris, le 26 juin 2015.

(Suivent les signatures.)

Convention collective nationale
IDCC : 3105. – RÉGIES DE QUARTIER
(2 avril 2012)

AVENANT N° 4 DU 9 OCTOBRE 2015
RELATIF À LA RÉVISION DU TITRE VI DE LA CONVENTION

NOR : ASET1550989M
IDCC : 3105

Entre :

Le SERQ,

D'une part, et

La FNCB CFDT ;

La FNAS CGT-FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 6.2 de la convention collective est révisé comme suit :

« Composition :

La commission est composée d'un titulaire et d'un suppléant par organisation syndicale représentative de la convention collective et d'autant de représentants titulaires et suppléants du syndicat employeurs. »

Article 2

L'article 6.3 de la convention collective est révisé comme suit :

« Composition :

La commission est composée d'un titulaire et d'un suppléant par organisation syndicale représentative de la convention collective et d'autant de représentants titulaires et suppléants du syndicat employeurs. »

Article 3

L'article 6.4 de la convention collective est révisé comme suit :

« Article 6.4

Commission paritaire nationale d'interprétation et/ou de conciliation

Il est institué une commission d'interprétation et/ou de conciliation commune à toutes les parties représentatives mais organisée de manière distincte suivant l'objet.

Composition

Cette commission est composée d'un collège salariés et d'un collège employeurs.

Le collège salariés se compose d'un membre titulaire de chacune des organisations syndicales représentatives dans le champ professionnel du présent accord.

Le collège employeurs est composé d'un nombre de représentants titulaires égal en nombre à la représentation salariée.

Attributions et saisine

1. Rôle d'interprétation

La commission peut être saisie de tout litige relatif à l'interprétation des dispositions de la présente convention collective.

Les membres de la commission peuvent exercer un rôle de conseil sur les aspects techniques du présent accord auprès des bénéficiaires entrant dans son champ d'application.

La commission peut être saisie par toute organisation patronale ou syndicale représentative au plan national par lettre motivée, envoyée par recommandé avec avis de réception et adressée au secrétariat de ladite commission (au siège du syndicat employeurs).

La lettre doit exposer les points de l'accord dont l'interprétation est sollicitée afin qu'ils puissent être valablement examinés.

La commission devra statuer sur les points soumis à son interprétation dans un délai de 1 mois à compter de la tenue de la réunion d'interprétation.

L'avis de la commission sera consigné sur un procès-verbal d'interprétation signé par le président de la commission et transmis à l'ensemble des organisations membres des collèges salariés et employeurs.

2. Rôle de conciliation

En cas de conflit collectif de travail susceptible de survenir entre les employeurs et les salariés sur l'application de la présente convention collective, la partie la plus diligente pourra saisir la commission par lettre recommandée avec avis de réception adressée au secrétariat de ladite commission (au siège du syndicat employeurs).

La demande de saisine devra mentionner l'objet et l'historique du différend.

La commission devra statuer sur les points soumis à sa conciliation dans un délai de 1 mois à compter de la tenue de la réunion de conciliation.

Il est entendu que si un membre de la commission est partie prenante à la demande de conciliation, il ne pourra siéger lors de cette réunion.

L'avis de la commission sera consigné sur un procès-verbal de conciliation signé par le président de la commission et transmis à l'ensemble des organisations membres des collèges salariés et employeurs ainsi que, le cas échéant, à la structure l'ayant saisie.

Fonctionnement

1. Fonctionnement général

La commission d'interprétation et/ou de conciliation siégera, en tant que de besoin, au plan national à l'adresse du comité national de liaison des régies de quartier.

Le secrétariat de la commission est assuré par le collège patronal.

La présidence de la commission est assurée alternativement par un représentant de la délégation patronale et par un représentant de l'une des organisations syndicales siégeant au sein de cette commission.

La présidence a pour rôles :

- de représenter la commission dans ses activités et de l'en tenir informée ;
- de fixer et d'assurer la tenue de l'ordre du jour des réunions ;
- de mettre en délibération les points mis à l'ordre du jour.

La présidence devra convoquer et réunir les membres de la commission dans un délai maximum de 2 mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Cette convocation sera rédigée et adressée par le président au siège de chaque organisation représentative dans la présente convention par lettre recommandée avec avis de réception.

Le temps passé à la commission, les frais de déplacement et les frais d'hébergement pour la commission d'interprétation et/ou de conciliation des représentants syndicaux procèdent aux mêmes prises en charge que la CPNN.

2. Fonctionnement des réunions

Les votes s'effectuent par organisation, dans le respect du principe du paritarisme salariés/employeurs.

Les décisions de la commission sont prises à l'unanimité des deux collèges salariés et employeurs. Au sein de chaque collège, la décision sera prise à la majorité des organisations.

En cas de désaccord, un constat sera établi et transmis à l'instance ou à la structure l'ayant saisie.

La commission d'interprétation et/ou de conciliation peut, à toutes fins utiles, entendre les parties prenantes dans un cadre contradictoire ou non.

En toute hypothèse, les dispositions ci-dessus ne peuvent faire obstacle au recours des salariés devant les tribunaux compétents. »

Article 4

Le dépôt du présent accord sera effectué en deux exemplaires auprès de la direction générale du travail.

Fait à Paris, le 9 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)

Brochure n° 3137

Convention collective nationale

**IDCC : 614. – INDUSTRIES DE LA SÉRIGRAPHIE
ET DES PROCÉDÉS D'IMPRESSION NUMÉRIQUE CONNEXES**

ACCORD DU 22 OCTOBRE 2015

RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1551009M

IDCC : 614

PRÉAMBULE

Depuis de nombreuses années, les partenaires sociaux inscrivent les garanties de protection sociale dans une véritable politique de branche fondée sur des objectifs de solidarité et d'intérêt général, liant entre eux les salariés, les anciens salariés et les entreprises.

La politique définie par la branche appréhende la gestion de la population salariée en l'accompagnant tout au long de sa carrière, dans le cadre d'une protection sociale globale, portable, extensible à tous les risques, capable de prévention et d'anticipation, ce qui implique de disposer des informations permettant de bien connaître les conditions générales de travail et de vie de l'ensemble de cette population, en vue de leur amélioration, dans un secteur constitué à plus de 90 % d'entreprises de moins de 20 salariés. (Données 2013.)

Pour la mise en œuvre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et de ses décrets, imposant aux entreprises la mise en place d'un régime de frais de soins de santé pour tous les salariés au 1^{er} janvier 2016, les partenaires sociaux de la convention collective nationale des industries de la sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes ont sollicité les organismes paritaires « historiques » de la branche ayant une connaissance approfondie du secteur qui sont seuls à même de garantir l'exécution d'une politique de protection sociale de branche fixée par les partenaires sociaux et à appliquer cette politique au service des salariés et des entreprises de la branche et permettre aux organisations représentatives d'en assurer le suivi.

C'est dans ce cadre que les négociations ont débuté le 17 décembre 2013 entre les organisations syndicales et la délégation patronale FESPA France. Le présent accord définit les conditions du régime de branche en frais de soins de santé que les employeurs devront mettre en place au profit de tous leurs salariés dans les entreprises relevant de la convention collective nationale des industries de la sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes.

Article 1^{er}

Champ d'application

Les entreprises relevant de la convention collective nationale des industries de la sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes qui ne disposent pas d'un régime en frais de soins de santé ou celles qui ne disposent pas de régime au moins équivalent en terme de garanties minimales

prévues dans l'accord devront mettre en place le régime de branche en frais de soins de santé pour tous leurs salariés dans les conditions exposées ci-après.

Par le présent accord, les parties signataires rappellent que l'ensemble des garanties négociées s'impose à toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective.

Article 2

Bénéficiaires à titre obligatoire

Tous les salariés de l'entreprise, sans distinction entre les catégories socioprofessionnelles, bénéficient obligatoirement d'une couverture des frais en soins de santé au moins égale à celle définie au tableau des prestations de l'article 4.

Article 3

Cas de dispense

L'affiliation de tous les salariés au régime de branche est obligatoire.

Les dispenses d'adhésion doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier, faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Dans ce contexte, les salariés seront dans l'obligation de faire une demande écrite de dispense et de fournir à l'employeur, chaque année, au 31 décembre, les justificatifs nécessaires dont la copie du contrat d'assurance qui les couvrent comprenant au minimum les garanties prévues à l'article 4 de cet accord.

Si ces conditions ne sont pas respectées, la cotisation des garanties minimales prévues dans l'accord sera automatiquement prélevée par mois, sans rétroaction possible. La dispense prendra effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été faite et validée.

Les dispenses doivent correspondre à l'un ou l'autre des deux cas définis ci-dessous :

Cas de dispense n° 1 : salariés en CDD ou à temps partiel et apprentis

L'accord prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

- des salariés à durée déterminée et des apprentis, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- des 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.

Cas de dispense n° 2 : bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et salariés déjà couverts, y compris en tant qu'ayants droit, par certains dispositifs

L'accord prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tous documents utiles, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

b) Des salariés couverts par une assurance individuelle frais de soins de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;

c) A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la présente circulaire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

La faculté de dispense mentionnée au *a* comme au *b* s'exerce indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier d'une autre couverture complémentaire. Un salarié, affilié au régime de prévoyance collectif et obligatoire de son entreprise, qui se trouve couvert ultérieurement par le régime de prévoyance de son conjoint soit au titre d'un régime lui-même collectif et obligatoire qui prévoirait la couverture obligatoire des ayants droit, soit au titre d'un régime « Madelin » ou d'une mutuelle de fonctionnaires, pour ne citer que ces exemples, peut faire valoir sa dispense d'adhésion au régime de son entreprise auquel il adhérerait antérieurement.

Réaffiliation

Les salariés dispensés d'affiliation sont réaffiliés s'ils en font la demande écrite à l'employeur. La réaffiliation prend effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été faite.

Deux cas de réaffiliation :

- suite à une modification du contrat de travail ; dans ce cas, les démarches seront faites à l'initiative de l'employeur ;
- suite à une demande de dispense du salarié (modification du contrat d'assurance couvrant le salarié dans l'année) ; dans ce cas, le salarié aura l'obligation d'en informer son employeur par écrit.

Article 4

Prestations garanties minimales

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales de prise en charge, conformément aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, l'exigence relative aux contrats responsables étant renforcée du fait de la politique de prévention conçue dans la perspective de l'objectif de solidarité.

Les garanties du présent accord constituent les garanties minimales obligatoires devant bénéficier à l'ensemble du personnel salarié de la branche. Aucune des prestations énumérées ne peut être inférieure aux garanties indiquées ci-dessous.

Les garanties sont exprimées soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (part sécurité sociale incluse). Les remboursements sont limités aux frais engagés et pour les montants déclarés à la sécurité sociale. Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire prévue par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.

(Voir tableau page suivante.)

SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	
Consultations et visites : généralistes	100 %
Consultations et visites : spécialistes	100 %
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100 %
Soins externes	100 %
Transport	100 %
PHARMACIE	
Médicaments à SMR majeur ou important	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %
Spécialités homéopathiques (7° R.322-1)	100%
ANALYSES ET EXAMENS	
Analyses	100%
Radiologie	100 %
Actes techniques médicaux	100 %
HOSPITALISATION (en établissement conventionné)	
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour	100 %
Lit accompagnant pour les enfants < 12 ans (90 jrs / hosp)	(23€/jour)
OPTIQUE ADULTE	
Monture + 2 verres simples	100 % + 150 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire	100 % + 200 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	100 % + 200 €
Monture + 2 verres intermédiaires	100 % + 250 €
Monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe	100 % + 300 €
Monture + 2 verres complexes	100 % + 350 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	100 % + 100 €
Lentilles non remboursées par la sécurité sociale	80 €
DENTAIRE	
Soins dentaires	100 %
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	350 %
Orthodontie	200 %
AUTRES PROTHESES ET DIVERS	
Prothèses auditives	350 %
Appareillages orthopédiques	350 %
Autres prothèses	350 %
PREVENTION ET SERVICES	
Actes de prévention pris en charge (arrêté ministériel du 08/06/2006)	100 %
Accès à Noémie	oui
Carte de Tiers Payant	oui
Espace web sécurisé entreprise	oui
Espace web sécurisé salarié	oui
Assistance	oui

Prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lequel

la période est annuelle. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique. Le remboursement de la monture est plafonné à 150 €.

Article 5

Système d'options

Au-delà du régime obligatoire et des garanties minimales prévues dans l'accord de branche à l'article 4, le salarié peut choisir d'accéder, à titre individuel et/ou pour ses ayants droit, à un niveau de garanties plus favorables.

A cet effet, les organismes assureurs proposeront des options complémentaires aux salariés concernés, qui pourront s'ajouter à leur contrat. Ces options sont entièrement à la charge du salarié et feront l'objet d'un contrat individuel distinct du contrat collectif.

Article 6

Financement des garanties de santé

Le financement des garanties collectives du présent accord est assuré par une contribution collectée par l'organisme assureur sélectionné par chaque entreprise.

Le financement de la couverture collective couvrant le salarié est réparti de la manière suivante : 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Article 7

Portabilité

Nature des garanties

En cas de cessation du contrat de travail (sauf en cas de faute lourde) ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié, s'il bénéficiait effectivement des garanties complémentaires de santé à la date de cessation de son contrat de travail, peut continuer à bénéficier du régime pendant sa période de chômage et pour une durée égale à la durée de son dernier contrat de travail (ou de la durée totale des contrats successifs chez le même employeur) appréciée en mois entiers, dans la limite de 15 mois de couverture.

L'organisme assureur se charge de prolonger automatiquement et gratuitement la couverture des garanties en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions et limites de durée indiquées ci-dessus.

Le maintien des droits prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Le dispositif de portabilité est également applicable à tous les salariés qui font l'objet d'un licenciement dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire et/ou de cessation d'activité.

Information du salarié sur ses droits

Lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'employeur est tenu de délivrer au salarié les informations qui lui permettent de connaître précisément la nature et la durée de ses droits au titre de la portabilité des garanties. L'employeur est tenu de mentionner l'existence de ces droits lors de la remise du certificat de travail. La preuve de l'accomplissement de cette obligation d'information peut être apportée par tout moyen, et notamment par l'envoi de la présente notice par lettre recommandée avec avis de réception ou par signature d'un reçu en main propre. L'ancien salarié n'aura aucune démarche à accomplir pour être couvert dans les conditions indiquées ci-dessus.

Réalisation des risques assurés

Lorsqu'un des risques couverts au titre de la portabilité s'est réalisé, le versement de la prestation par l'organisme assureur est subordonné :

- à la production d'un certificat de travail conforme aux prescriptions de l'article 1-21 *b* de la convention collective ;
- à la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage au moment de la réalisation des actes médicaux, des soins ou des événements ouvrant droit aux garanties. Est considéré comme pris en charge l'ancien salarié qui est éligible aux allocations de l'assurance chômage, ce qui résulte de l'inscription comme demandeur d'emploi et de l'attestation de l'ouverture du droit aux allocations de l'assurance chômage ;
- à la production des documents justificatifs en vue de la prise en charge.

Fin des droits

L'ancien salarié est tenu d'informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage, lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité, dans les 10 jours qui suivent la réception de la notification de cessation des droits.

Retraite

L'organisme assureur devra prévoir un dispositif permettant une gratuité temporaire pour les salariés partant à la retraite.

Article 8

Suivi du régime de branche

Le suivi du régime de branche se fait dans le cadre de la commission paritaire.

Les organismes assureurs communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission paritaire.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau des garanties pourra faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire.

Article 9

Mise en œuvre

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Les entreprises concernées par l'accord instauré au niveau de la branche devront s'y conformer d'ici au 1^{er} janvier 2016.

Article 10

Notification. – Dépôt et extension

Le présent accord sera, conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants 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 de son dépôt. La partie patronale s'emploiera à obtenir son extension conformément à la législation en vigueur.

Fait à Paris, le 22 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FESPA France.

Syndicats de salariés :

CFTC ;

FILPAC CGT ;

F3C CFDT ;

CGT-FO livre ;

IP CFE-CGC.

Brochure n° 3085

Convention collective nationale

**IDCC : 16. – TRANSPORTS ROUTIERS
ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT**

AVENANT N° 1 DU 8 SEPTEMBRE 2015

À L'ACCORD DU 1^{ER} OCTOBRE 2012

RELATIF À LA PROTECTION SANTÉ

NOR : ASET1550995M

IDCC : 16

PRÉAMBULE

Considérant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives à la portabilité des droits issues de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;

Considérant le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 qui définit le nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables », permettant d'ouvrir droit aux exonérations de cotisations sociales ainsi qu'à une taxe spéciale sur les conventions d'assurance à taux réduit pour les contrats complémentaires de frais de santé ;

Considérant le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 qui fixe le panier de soins minimal requis dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 ;

Considérant que ces dispositions législatives et réglementaires conduisent à une nécessaire mise en conformité du régime frais de santé institué par l'accord du 1^{er} octobre 2012 portant création d'une obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » dans les entreprises du transport routier de marchandises et des activités auxiliaires du transport,

les parties conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

Modification du champ d'application

L'erreur matérielle concernant la numérotation du paragraphe « Salariés bénéficiaires » de l'article 1^{er} « Champ d'application » de l'accord susvisé est rectifiée, le *a* « Salariés bénéficiaires » étant transformé en *b* « Salariés bénéficiaires » et le *b* « Ayants droit » en *c* « Ayants droit ».

Le premier paragraphe du I « Salariés bénéficiaires » de l'article 1^{er} « Champ d'application » de l'accord susvisé est modifié comme suit :

« Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble du personnel des entreprises susvisées. »

Le reste de l'article 1^{er} est sans changement.

En conséquence, au dernier alinéa de l'article 5 « Financement », les mots : « au terme du 6^e mois civil entier » sont remplacés par les mots : « à compter du premier mois civil ».

Le reste de l'article 5 est sans changement.

Article 2

Mise à jour des prestations de la complémentaire santé

L'annexe à l'accord portant création d'une obligation conventionnelle de souscrire un socle minimal de « protection santé » dans les entreprises du transport routier de marchandises et des activités auxiliaires du transport est modifiée par le présent avenant comme suit :

Annexe « Prestations de la complémentaire santé »

Garanties du régime de base	
Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale à l'exception des prestations exprimées en % du PMSS. Les garanties sont remboursées dans la limite des frais réels engagés.	
NATURE DES ACTES	NIVEAU
SOINS COURANTS	
Consultations – visites généralistes	100 % de la B.R.
Consultations – visites spécialistes	100 % de la B.R.
Honoraires – actes chirurgicaux	100 % de la B.R.
Auxiliaires médicaux	100 % de la B.R.
Examens – analyses laboratoires	100 % de la B.R.
Radiologie	100 % de la B.R.
Transport	115 % de la B.R.
PHARMACIE	
Pharmacie à 65 % (SMR majeur/important)	100 % de la B.R.
Pharmacie à 30 % (SMR modéré)	100 % de la B.R.
Pharmacie à 15 % (SMR faible)	100 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	100 % de la B.R.
Chambre particulière	0,8 % du PMSS / jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)	1 % du PMSS / jour
Honoraires – actes chirurgicaux	100 de la B.R.
Forfait journalier	100 % des F.R.
Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

OPTIQUE		
Prise en charge obligatoire d'un équipement optique (lunettes) par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (périodicité d'un an).		
Les remboursements prévus ci-dessous sont limités aux montants fixés par l'article 2 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides sociales et fiscales.		
Dans un souci de lisibilité, les montants figurant dans la colonne de droite sont indiqués pour information, il s'agit des montants plafonds fixés par le décret, par équipement, applicables à la date du 1 ^{er} janvier 2016.		
Monture 2 verres simples (*)	4% du PMSS (1) 4,20% du PMSS	Dans la limite de 470 € (2)
Monture 1 verre simple et 1 verre complexe	4% du PMSS(1) 5,30 % du PMSS	Dans la limite de 610 € (2)
Monture 2 verres complexes (**)	4% du PMSS (1) 5,30 % du PMSS	Dans la limite de 750 € (2)
Monture 1 verre simple et 1 verre hyper complexe (***)	4% du PMSS (1) 5,30 % du PMSS	Dans la limite de 660 € (2)
Monture 1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	4% du PMSS (1) 5,30% du PMSS	Dans la limite de 800 € (2)
Monture 2 verres hyper complexes	4% du PMSS (1) 5,30 % du PMSS	Dans la limite de 850 € (2)
Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale	6 % du PMSS tous les 2 ans	
DENTAIRE		
Soins	100 % de la B.R.	
Prothèses remboursables	145 % de la B.R.	
Orthodontie remboursable	150 % de la B.R.	
DIVERS		
Prothèses orthopédie	100 % de la B.R.	
Appareil auditif	100% de la B.R.	
Ostéopathie (forfait)	60 € par an et par bénéficiaire	
Patch anti-tabac	50 € par an et par bénéficiaire (en complément du remboursement de la Sécurité sociale)	
Tiers payant	Oui	

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

(1) Le plafonnement de la monture prévu à l'article 2 du décret n° 2014-1374 est de 150 € à la date du 1^{er} janvier 2016.

(2) Limites en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2016 en application du décret précité.

(*) Verres simples : verres dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

(**) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

(***) Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.

Il est rappelé que le régime frais de santé de la convention collective du transport et des activités auxiliaires est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et les décrets et arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

En conséquence, il n'y a pas de prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur imposée à l'assuré lorsque celui-ci consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- des actes et prestations pour lesquels l'assuré a refusé l'accès à son dossier médical personnel (DMP) ;
- des dépassements d'honoraires en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription du médecin traitant hors protocole de soins ;
- de la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et des franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. »

Article 3

Mise à jour des cessations de garanties et cas de maintien des droits

L'article 6 « Cessation des garanties et cas de maintien de droit » de l'accord du 1^{er} octobre 2012 est modifié et désormais rédigé comme suit :

« En dehors de l'hypothèse visée à l'article 12 du présent accord, l'adhésion prend fin en cas de décès ou de rupture du contrat du salarié (départ en retraite sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, l'ancien salarié conserve à compter de la date de cessation du contrat de travail le bénéfice des garanties frais de santé appliquées dans son ancienne entreprise pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail dès sa survenance.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de portabilité.

Le maintien des garanties cesse :

- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base de la sécurité sociale ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- à la date de résiliation du contrat collectif dans l'ancienne entreprise ;
- en cas de décès.

Il est précisé que la suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour quelque cause que ce soit n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prorogée d'autant.

L'ancien salarié doit adresser à l'organisme assureur un bulletin de portabilité des droits, et une nouvelle carte de tiers payant lui sera adressée ainsi qu'une attestation des droits.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation ayant pour effet de dispenser employeur et ancien salarié de toute contribution financière au départ du salarié ;

- les bénéficiaires du maintien des couvertures santé institué par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite "loi Evin", sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation. »

Article 4

Entrée en application

Sans préjudice des dispositions de l'article 3 légalement entrées en vigueur depuis le 1^{er} juin 2014, le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Article 5

Dépôt et extension

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-2 et L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 8 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UFT ;
UNOSTRA ;
OTRE.

Syndicats de salariés :

FGTE CFDT ;
SNATT CFE-CGC ;
FNST CGT ;
UNCP FO ;
FGT CFTC.

Brochure n° 3085

Convention collective nationale

**IDCC : 16. – TRANSPORTS ROUTIERS
ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT**

AVENANT N° 1 DU 1^{ER} OCTOBRE 2015
À L'ACCORD DU 24 MAI 2011 RELATIF À LA PRÉVOYANCE

NOR : ASET1551013M
IDCC : 16

PRÉAMBULE

Considérant les dispositions du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 modifié relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire ;

Considérant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives à la portabilité des droits issues de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi ;

Considérant le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 qui fixe le panier de soins minimal requis dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 qui définit le nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables », permettant d'ouvrir droit aux exonérations de cotisations sociales ainsi qu'à une taxe spéciale sur les conventions d'assurance à taux réduit pour les contrats complémentaires de frais de santé ;

Considérant que ces dispositions législatives et réglementaires conduisent à une nécessaire mise en conformité du régime frais de santé institué par l'accord du 24 mai 2011 instaurant une obligation conventionnelle de souscrire une complémentaire santé minimum dans les entreprises du transport routier de voyageurs,

les parties conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

Modification du champ d'application

Le point 2 « Salariés bénéficiaires » de l'article 1^{er} de l'accord du 24 mai 2011 susvisé est modifié comme suit :

« Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble du personnel des entreprises susvisées.

Conformément au cadre maximal légal et réglementaire des dispenses possibles, peuvent être dispensés d'adhésion :

a) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

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

c) 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 ;

d) Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

e) Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

f) Les salariés qui bénéficient par ailleurs, 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 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle. »

Article 2

Mise à jour des prestations de la complémentaire santé

Les dispositions de l'article 2 « Garanties » de l'accord du 24 mai 2011 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les garanties instituées par le présent régime doivent respecter celles du panier de soins défini par les dispositions légales et réglementaires.

Elles doivent répondre aux exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ainsi que par les décrets et arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

En conséquence, il n'y a pas de prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur imposée à l'assuré lorsque celui-ci consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- des actes et prestations pour lesquels l'assuré a refusé l'accès à son dossier médical personnel (DMP) ;
- des dépassements d'honoraires en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant hors protocole de soins ;
- de la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et des franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale – comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire – qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

Le gestionnaire procède au versement des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie ou, le cas échéant, encore sur pièces justificatives des dépenses réelles. Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant. »

Article 3

Mise à jour des cessations de garanties et cas de maintien des droits

L'article 6 « Cessation des garanties et cas de maintien de droit » de l'accord du 24 mai 2011 susvisé est modifié et désormais rédigé comme suit :

« En dehors de l'hypothèse visée à l'article 11 du présent accord, l'adhésion prend fin en cas de décès ou à la date de rupture du contrat du salarié avec son entreprise (départ en retraite sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, peuvent continuer à être couverts :

- les bénéficiaires de la portabilité instituée par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, l'ancien salarié conserve à compter de la date de cessation du contrat de travail le bénéfice des garanties frais de santé appliquées dans son ancienne entreprise pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail dès sa survenance.

L'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'ouverture et au cours de la période de portabilité.

Le maintien des garanties cesse :

- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime de base de la sécurité sociale ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- à la date de résiliation du contrat collectif dans l'ancienne entreprise ;
- en cas de décès.

Il est précisé que la suspension des allocations du régime d'assurance chômage pour quelque cause que ce soit n'a pas d'incidence sur la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prorogée d'autant.

L'ancien salarié doit adresser à l'organisme assureur un bulletin de portabilité des droits, et une nouvelle carte de tiers payant lui sera adressée ainsi qu'une attestation des droits.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité des droits est financé par mutualisation ayant pour effet de dispenser employeur et ancien salarié de toute contribution financière au départ du salarié.

- les bénéficiaires du maintien des couvertures santé institué par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite "loi Evin", sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou le décès.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ de ce délai de 6 mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité. L'adhésion prend alors effet au lendemain de la réception de la demande, sans délai de carence ni questionnaire d'état de santé.

En cas de maintien des droits, à défaut de mécanisme de mutualisation, la cotisation salariale de financement du régime est à la charge de l'ancien salarié et prélevée selon les modalités prévues par le contrat signé entre l'entreprise et l'organisme assureur. En cas de changement d'organisme assureur pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

De même, en cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur, la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation. Par dérogation, pour les conducteurs en période scolaire (CPS), la couverture est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail avec ou sans maintien de salaire, et le montant afférent à la part salariale, retenue par anticipation, pourra être réparti sur la période de versement du salaire si la rémunération n'est pas lissée.

Il est enfin rappelé que pour les salariés bénéficiaires des dispositions de l'accord du 7 juillet 2009 sur la garantie d'emploi et la poursuite des relations de travail en cas de changement de prestataire dans le transport interurbain de voyageurs, les garanties sont maintenues dans les conditions prévues par la nouvelle entreprise. »

Article 4

Entrée en application

Sans préjudice des dispositions de l'article 3 légalement entrées en vigueur depuis le 1^{er} juin 2014, le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Article 5

Dépôt et extension

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-2 et L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

UNOSTRA ;

OTRE ;

FNTV.

Syndicats de salariés :

FGTE CFDT ;

SNATT CFE-CGC ;

FGT CFTC.

Brochure n° 3282

Convention collective nationale

IDCC : 1875. – **CABINETS ET CLINIQUES VÉTÉRINAIRES**
(Personnel salarié)

ACCORD DU 14 OCTOBRE 2015
RELATIF À L'INSTAURATION D'UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

NOR : ASET1550991M

IDCC : 1875

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les parties signataires entendent instituer une couverture complémentaire collective portant sur le remboursement des dépenses de santé dans le champ de la convention collective des cabinets et cliniques vétérinaires.

La volonté des partenaires sociaux est d'inscrire cette couverture « frais de santé » dans le cadre de la réglementation afférente aux contrats responsables et solidaires ainsi qu'à l'obligation de généralisation de la complémentaire santé.

Le présent accord vise à permettre aux employeurs de la branche d'avoir la capacité de choisir, s'ils le souhaitent, l'organisme recommandé par les partenaires sociaux de la branche au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Les parties signataires conviennent que, en fonction de la montée en charge du régime et des restitutions faites par le ou les organismes recommandés, un point d'étape sera effectué tous les 6 mois pendant les 2 premières années afin de piloter ce nouveau dispositif au mieux des intérêts des salariés et des employeurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013. Il vise à organiser et à faciliter la mise en œuvre des articles L. 911-7 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord collectif s'applique sur le territoire national métropolitain et les départements d'outre-mer à tous les salariés relevant de la convention collective nationale cabinets et cliniques vétérinaires.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Tous les salariés visés à l'article 2 du présent accord bénéficient d'une couverture complémentaire collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Le présent accord permet au salarié de demander par écrit à son employeur une dispense d'affiliation dans les cas suivants :

- le salarié est déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé, à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I, à la date de mise en place des garanties collectives obligatoires définies dans le présent accord ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place. La dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (ACS), s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 6 mois, qui justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 6 mois, qui bénéficie ou non d'une garantie individuelle « frais de santé » ;
- le salarié est à temps partiel, et la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de sa rémunération mensuelle brute ;
- le salarié bénéficie par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I, et qui le justifie annuellement auprès de l'employeur.

En renonçant à l'affiliation au régime de frais de santé de l'entreprise, le salarié renonce à tout remboursement au titre dudit régime s'il a des frais de santé ou d'hospitalisation. Il renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien de la couverture au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite « loi Evin ».

Article 5

Affiliation par l'employeur

A la date d'effet du présent accord, les employeurs peuvent affilier leurs salariés auprès d'AG2R Prévoyance, organisme recommandé pour assurer et gérer le régime frais de santé. L'affiliation se fait à l'aide d'un bulletin d'affiliation spécifique fourni par l'organisme.

L'affiliation peut également s'effectuer auprès de tout autre organisme, à condition de respecter le panier de soins défini par la branche vétérinaire (cf. annexe I).

Une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire. Elle définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et de résiliation (cf. art. 6). Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

Article 5.1

Formalités liées à l'affiliation

L'employeur, que ce soit à la mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche d'un salarié, si celle-ci est postérieure, doit :

- informer chaque salarié de l'existence d'une couverture conventionnelle frais de santé à adhésion obligatoire et de la nature des garanties proposées par l'organisme choisi, en remettant une copie de la « notice de garanties » ;
- remettre en main propre à chaque salarié, contre décharge, un document indiquant les possibilités de dispense d'adhésion et l'informant des conséquences de son choix (cf. art. 4 ci-dessus).

En cas de dispense, dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense annuelle des salariés concernés et les justificatifs, le cas échéant.

Le salarié, à défaut de réponse écrite dans les 30 jours calendaires qui suivent la remise des documents définis ci-dessus, est affilié à la complémentaire santé proposée par l'employeur au jour de la date d'effet de la mise en place de la complémentaire santé collective ou au jour de la date de début de la relation contractuelle.

La dispense d'affiliation étant annuelle, le salarié doit, le cas échéant, renouveler chaque année auprès de son employeur sa demande de dispense d'affiliation par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge. Cette demande doit être accompagnée de tous les documents justifiant la demande de dispense (attestations et/ou documents justifiant une adhésion par ailleurs).

Cependant le salarié pourra à tout moment demander à bénéficier des garanties instituées par le présent accord, par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à son employeur.

En cas de changement d'adresse, le salarié doit informer simultanément son employeur et l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé conventionnelle par tous moyens permettant d'établir la preuve de cette information.

Article 6

Adhésion. – Cotisations. – Démission

L'adhésion au régime collectif complémentaire de frais de santé se fait à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

Aucun salarié ne peut démissionner du régime collectif à titre individuel et de son propre fait, exception faite des cas définis à l'article 4 du présent accord. Dans ce cas, cette démission se fera à l'échéance annuelle de la date anniversaire du contrat collectif, par lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre contre décharge à l'employeur, et justifiée par tous documents nécessaires.

L'employeur devra en informer par écrit l'organisme assureur dans le mois qui suit la réception du courrier de démission.

La cotisation cessera d'être due le premier jour du mois civil qui suit le retrait du salarié du régime collectif.

Article 7

Garanties

Les garanties définies en annexe I du présent accord sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie obligatoire en vigueur à la signature de l'accord.

Les garanties « frais de santé » s'inscrivent dans le cadre de la réglementation afférente aux contrats responsables et solidaires ainsi qu'à l'obligation de généralisation de la complémentaire santé.

Article 8

Suspension du contrat de travail et maintien des garanties

Article 8.1

Arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, le contrat de travail du salarié est suspendu ; le salarié continue à bénéficier de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié, avec maintien de la participation employeur dès lors qu'il bénéficie d'indemnités journalières de la sécurité sociale et/ou du régime de prévoyance ou d'un maintien de sa rémunération par son employeur. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.

Article 8.2

Maternité. – Paternité. – Adoption

Le salarié bénéficie de la couverture complémentaire santé de l'organisme auquel il est affilié. Le salarié acquittera sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois, afin que ce dernier puisse s'acquitter de la cotisation.

Article 8.3

Congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autre congé ne donnant pas lieu à un maintien de salaire

Dans le cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas ou plus droit au maintien de salaire ou aux indemnités journalières de la sécurité sociale, les garanties prévues à l'article 7 du présent accord sont suspendues ainsi que l'obligation de cotisation.

De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

Article 9

Portabilité des droits

La cessation du contrat de travail, quels qu'en soient la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Cependant le dispositif de « maintien des droits », appelé aussi « portabilité des droits », permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage en cas de cessation de son contrat de travail de conserver sa couverture santé sous certaines conditions définies ci-après.

Hors retraite, le salarié dont le contrat de travail est rompu bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- le contrat de travail a été rompu ou a cessé pour un motif autre que la faute lourde ;
- la cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage ;
- le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

L'employeur informe l'organisme assureur de la date de cessation du contrat de travail. Il mentionne dans le certificat de travail remis au salarié son droit, ou non, à la portabilité, le maintien des garanties ainsi que la durée de ces dernières.

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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut excéder 12 mois.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de son indemnisation par l'assurance chômage ainsi que toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Le maintien des garanties du régime au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale), selon le principe de la mutualisation.

Le niveau de garanties : pendant la période de portabilité, les garanties sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. En cas de modification du contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées aux anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité.

Article 10

Autres cas de maintien de la couverture frais de santé

L'organisme assureur adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés visés ci-dessous au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire dans les cas suivants :

- a) A l'issue du dispositif de portabilité, à l'ancien salarié concerné une proposition de maintien de la couverture frais de santé à titre individuel ;
- b) Aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.

L'organisme assureur doit :

- proposer à la personne concernée, dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période pendant laquelle elle a bénéficié du maintien temporaire de ces garanties, une couverture identique à celle des actifs ;
- fournir une notice d'information individuelle précisant les modalités de souscription, ainsi que le tarif proposé dans le respect de la réglementation.

La demande doit être faite par le salarié auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle il bénéficiait à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Article 11

Cotisation et répartition

La cotisation est fixée jusqu'au 31 décembre 2017 à :

- 32,46 € par mois pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 17,75 € par mois pour les salariés relevant du régime local Alsace-Moselle.

Dans le cadre de cette cotisation, 2 % sont affectés au financement de prestations à caractère non directement contributif.

Ces prestations prennent notamment la forme de :

1. Financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
2. Prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié, pour les garanties définies en annexe I.

Cette couverture s'impose de plein droit, dans les relations individuelles de travail, à l'ensemble des salariés en tant qu'élément du statut conventionnel applicable. A ce titre, le précompte correspondant à la part salariale des cotisations est obligatoire.

L'employeur peut prendre en charge au moins la différence existant entre la cotisation pleine et celle des salariés à temps partiel, dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à acquitter une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération, sauf dans les cas prévus à l'article 4 du présent accord.

Article 12

Choix de l'organisme assureur

A l'issue de la procédure de mise en concurrence, la commission paritaire de branche recommande AG2R Prévoyance pour assurer et gérer le régime santé complémentaire conventionnel obligatoire des salariés de la branche.

La recommandation s'appliquera pour une durée de 3 ans à partir du 1^{er} janvier 2016, excepté dans le cas où l'organisme recommandé ne remplirait plus les conditions établies par les partenaires sociaux dans le cahier des charges relatif à la mise en concurrence.

Préalablement, l'organisme défaillant sera mis en demeure par la commission paritaire de corriger ses manquements les corrections devront intervenir dans un délai de 6 mois. A défaut, la commission paritaire pourra mettre fin à sa recommandation.

Article 13

Mise en œuvre

Les employeurs dont les salariés relèvent de la convention collective nationale des cabinets et cliniques vétérinaires, excepté ceux qui auraient déjà mis en place un système de garanties collectives en matière de remboursement de frais de santé au moins équivalent à celui prévu dans le présent accord, doivent faire bénéficier leurs salariés des garanties collectives définies par le présent accord à la date de parution de l'arrêté d'extension, et au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Il appartiendra aux employeurs ayant déjà mis en place avant la date d'effet du présent accord une garantie collective de s'assurer que le régime existant dans l'entreprise est au moins équivalent en termes de garanties à celui mis en place par le présent accord.

Chaque salarié est libre de contracter ses frais des garanties additionnelles venant compléter le niveau de prestations du présent accord et la prise en charge de son conjoint et/ou de ses ayants droit.

Article 14

Commission paritaire spéciale de suivi

Les parties signataires décident de mettre en œuvre une commission paritaire de suivi de l'accord dont la partie patronale assure le secrétariat.

Elle est composée d'un représentant par organisation syndicale de salariés représentative au niveau de la branche et d'autant de représentants des organisations patronales représentatives au niveau de la branche, du présent accord.

La commission se réunit au moins une fois par an pour examiner l'effectivité de l'accord et les résultats du régime, ainsi que toutes statistiques et/ou éléments concernant ce régime. Elle se réunit sur convocation du secrétariat dans les 2 mois qui suivent l'envoi par le (ou les) organisme(s) recommandé(s) des comptes de résultats de l'année écoulée.

L'assureur recommandé a obligation de présenter annuellement à la commission paritaire le compte de résultats du régime ainsi que les résultats qualitatifs et quantitatifs relatifs au haut degré de solidarité et à la portabilité des droits.

A la demande d'au moins un de ses membres, la commission de suivi se réunit dans un délai de 2 mois à réception de la demande. Le secrétariat est chargé de la convocation.

Article 15

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

La perte éventuelle de la qualité d'organisation représentative de l'une ou l'autre des parties signataires du présent accord n'entraîne pas la remise en cause de l'accord.

Article 16

Révision

Le présent accord peut faire l'objet d'une demande de révision par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisation signataire. Le courrier mentionne les modifications souhaitées et s'accompagne d'un projet de texte modificatif.

Lorsque l'organisme recommandé ne remplit plus les conditions du cahier des charges annexé au présent accord, dans les 2 mois suivant ce constat, la partie patronale convoquera l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement, pour une première réunion de négociation.

Les organisations syndicales de salariés représentatives, signataires du présent accord ou qui y ont adhéré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-3 du code du travail, sont seules habilitées à signer, dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du code du travail, l'avenant portant révision de cet accord.

Dans le cas où l'avenant portant révision est approuvé par l'ensemble des parties signataires de l'accord et par celles y ayant adhéré ultérieurement, les nouvelles dispositions se substituent immédiatement à celles qu'il modifie. Il est opposable, dans des conditions de dépôt prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, à l'ensemble des employeurs et des salariés liés par la convention ou l'accord.

Article 17

Dénonciation

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement par lettre recommandée adressée à la DDTEFP de Paris, avec avis de réception, en respectant un préavis de 6 mois.

Le présent accord peut faire l'objet d'une dénonciation partielle. La durée du préavis qui doit précéder la dénonciation partielle est de 6 mois.

Elle est déposée par la partie qui en est signataire au service dépositaire de l'accord qu'elle concerne. Un récépissé est délivré au déposant.

Dans les 2 mois qui suivent la fin du préavis, à l'initiative de l'une ou de l'autre des parties signataires, une négociation sera engagée pour définir un nouvel accord.

Lorsque la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis. A défaut de nouvel accord dans le délai imparti, les salariés des entreprises concernées conservent les avantages individuels qu'ils ont acquis, en application du présent accord, à l'expiration de ce délai et cela pendant 1 an.

Lorsque la dénonciation est le fait d'une partie seulement des signataires employeurs ou des signataires salariés, elle ne fait pas obstacle au maintien en vigueur de l'accord entre les autres parties signataires.

Dans ce cas, les dispositions de l'accord continuent de produire effet à l'égard des auteurs de la dénonciation jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis.

Article 18

Date d'effet

Le présent accord prendra effet le premier jour du mois qui suit la parution au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension et, en tout état de cause, impérativement au 1^{er} janvier 2016.

Article 19

Dépôt et extension

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord. Le dépôt en sera fait par la partie la plus diligente dans le respect de la réglementation en vigueur.

Fait à Paris, le 14 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNVEL.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;

FCS UNSA ;

FGA CFDT ;

FSPSS FO ;

CFE-CGC Agro.

ANNEXE I

RÉGIME OBLIGATOIRE : GARANTIES À EFFET DU 1^{ER} JANVIER 2016

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément de la sécurité sociale).

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		130% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)		150% BR Médecins adhérents CAS 130% BR Médecins NON adhérents CAS
Actes d'anesthésie (ADA)		130% BR Médecins adhérents CAS
Autres honoraires		110% BR Médecins NON adhérents CAS
Chambre particulière (y compris maternité)		28 € / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)		28 € / jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux		18 €
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)		100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)		100% BR
Actes de chirurgie (ADC)		150% BR Médecins adhérents CAS
Actes techniques médicaux (ATM)		130% BR Médecins NON adhérents CAS
Actes d'imagerie médicale (ADI)		100% BR
Actes d'échographie (ADE)		100% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Analyses		100% BR
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		6 % PMSS / oeil
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie		100% BR
Pharmacie non remboursée SS		
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la SS et patchs anti-tabac		Crédit de 1 % du PMSS par année civile
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives & Orthopédie & autres prothèses		100%BR + Crédit de 1000 € par année civile

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires	100% BR	
Inlay simple, Onlay	100% BR	
Prothèses dentaires (y compris Inlay core et inlay à clavettes)	270% BR	
Orthodontie	180% BR	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires (1)	Crédit de 120 € par année civile	

(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

Equipelement optique

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Optique		
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.		
Monture	100% BR + 2,5% PMSS	
Verres	100% BR +2,5 % PMSS (par verre)	
Lentilles remboursées par la SS	100% BR + 1,25% PMSS par année civile	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	1,75% PMSS par année civile	

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Médecines hors nomenclature		
Contraceptifs non remboursés SS		
Sevrage tabagique		Crédit de 1 % du PMSS par année civile
<hr/>		
Médecine douce : Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée), diététicien, ergothérapie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie.		20 € par acte limité à 4 actes par année civile
<hr/>		
Actes de prévention		
Prise en charge des actes de prévention de la liste prévue par l'Arrêté du 8 juin 2006 (pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code)		100% BR

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : ticket modérateur, soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

CAS : contrat d'accès aux soins.

Brochure n° 3332

Convention collective nationale

**IDCC : 2564. – VÉTÉRINAIRES
(Praticiens salariés)**

ACCORD DU 14 OCTOBRE 2015
RELATIF À L'INSTAURATION D'UNE COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

NOR : ASET1550992M

IDCC : 2564

PRÉAMBULE

Par le présent accord, les parties signataires entendent instituer une couverture complémentaire collective portant sur le remboursement des dépenses de santé dans le champ de la convention collective des vétérinaires praticiens salariés.

La volonté des partenaires sociaux est d'inscrire cette couverture « frais de santé » dans le cadre de la réglementation afférente aux contrats responsables et solidaires ainsi qu'à l'obligation de généralisation de la complémentaire santé.

Le présent accord vise à permettre aux employeurs de la branche d'avoir la capacité de choisir, s'ils le souhaitent, l'organisme recommandé par les partenaires sociaux de la branche au terme d'une procédure de mise en concurrence.

Les parties signataires conviennent que, en fonction de la montée en charge du régime et des restitutions faites par l'organisme recommandé, un point d'étape sera effectué tous les 6 mois pendant les 2 premières années afin de piloter ce nouveau dispositif au mieux des intérêts des salariés et des employeurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013. Il vise à organiser et à faciliter la mise en œuvre des articles L. 911-7 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord collectif s'applique sur le territoire national métropolitain et les départements d'outre-mer à tous les salariés relevant de la convention collective nationale des vétérinaires praticiens salariés.

Article 3

Salariés bénéficiaires

Tous les salariés visés à l'article 2 du présent accord bénéficient d'une couverture complémentaire collective à adhésion obligatoire en matière de frais de santé.

Article 4

Dispenses d'affiliation

Le présent accord permet au salarié de demander par écrit à son employeur une dispense d'affiliation dans les cas suivants :

- le salarié est déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé, à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I, à la date de mise en place des garanties collectives obligatoires définies dans le présent accord ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place. La dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est bénéficiaire d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale (ACS), s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 6 mois, qui justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 6 mois et bénéficie ou non d'une garantie individuelle « frais de santé » ;
- le salarié est à temps partiel, et la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de sa rémunération mensuelle brute ;
- le salarié bénéficie par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies en annexe I, et qui le justifie annuellement auprès de l'employeur.

En renonçant à l'affiliation au régime de frais de santé de l'entreprise, le salarié renonce à tout remboursement au titre dudit régime s'il a des frais de santé ou d'hospitalisation. Il renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien de la couverture au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 dite « loi Evin ».

Article 5

Affiliation par l'employeur

A la date d'effet du présent accord, les employeurs peuvent affilier leurs salariés auprès d'AG2R Prévoyance, organisme recommandé pour assurer et gérer le régime frais de santé. L'affiliation se fait à l'aide d'un bulletin d'affiliation spécifique fourni par l'organisme. L'affiliation peut également s'effectuer auprès de tout autre organisme, à condition de respecter le panier de soins défini par la branche vétérinaire (cf. annexe I).

Une notice d'information sera remise par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire. Elle définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et de résiliation (cf. art. 6). Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que des délais de prescription.

Article 5.1

Formalités liées à l'affiliation

L'employeur, que ce soit à la mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche d'un salarié si celle-ci est postérieure, doit :

- informer chaque salarié de l'existence d'une couverture conventionnelle frais de santé à adhésion obligatoire et de la nature des garanties proposées par l'organisme choisi, en remettant une copie de la « notice de garanties » ;
- remettre en main propre à chaque salarié, contre décharge, un document indiquant les possibilités de dispense d'adhésion et l'informant des conséquences de son choix (cf. art. 4 ci-dessus).

En cas de dispense, dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense annuelle des salariés concernés et les justificatifs, le cas échéant.

Le salarié, à défaut de réponse écrite dans les 30 jours calendaires qui suivent la remise des documents définis ci-dessus, est affilié à la complémentaire santé proposée par l'employeur au jour de la date d'effet de la mise en place de la complémentaire santé collective ou au jour de la date de début de la relation contractuelle.

La dispense d'affiliation étant annuelle, le salarié doit, le cas échéant, renouveler chaque année auprès de son employeur sa demande de dispense d'affiliation par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge. Cette demande doit être accompagnée de tous les documents justifiant la demande de dispense (attestations et/ou documents justifiant une adhésion par ailleurs).

Cependant le salarié pourra à tout moment demander à bénéficier des garanties instituées par le présent accord, par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à son employeur.

En cas de changement d'adresse, le salarié doit informer simultanément son employeur et l'organisme gestionnaire de la complémentaire santé conventionnelle par tous moyens permettant d'établir la preuve de cette information.

Article 6

Adhésion. – Cotisations. – Démission

L'adhésion au régime collectif complémentaire de frais de santé se fait à l'aide d'un bulletin d'adhésion.

Aucun salarié ne peut démissionner du régime collectif à titre individuel et de son propre fait, exception faite des cas définis à l'article 4 du présent accord. Dans ce cas, cette démission se fera à l'échéance annuelle de la date anniversaire du contrat collectif, par lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre contre décharge à l'employeur, et justifiée par tous documents nécessaires.

L'employeur devra en informer par écrit l'organisme assureur dans le mois qui suit la réception du courrier de démission.

La cotisation cessera d'être due le premier jour du mois civil qui suit le retrait du salarié du régime collectif.

Article 7

Garanties

Les garanties définies en annexe I du présent accord sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'assurance maladie obligatoire en vigueur à la signature de l'accord.

Les garanties « frais de santé » s'inscrivent dans le cadre de la réglementation afférente aux contrats responsables et solidaires ainsi qu'à l'obligation de généralisation de la complémentaire santé.

Article 8

Suspension du contrat de travail et maintien des garanties

Article 8.1

Arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail, le contrat de travail du salarié est suspendu ; le salarié continue à bénéficier de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié, avec maintien de la participation employeur dès lors qu'il bénéficie d'indemnités journalières de la sécurité sociale et/ou du régime de prévoyance ou d'un maintien de sa rémunération par son employeur. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.

Article 8.2

Maternité. – Paternité. – Adoption

Le salarié bénéficie de la couverture complémentaire santé de l'organisme auquel il est affilié. Le salarié acquittera sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois, afin que ce dernier puisse s'acquitter de la cotisation.

Article 8.3

Congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autre congé ne donnant pas lieu à un maintien de salaire

Dans le cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas ou plus droit au maintien de salaire ou aux indemnités journalières de la sécurité sociale, les garanties prévues à l'article 7 du présent accord sont suspendues ainsi que l'obligation de cotisation.

De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise.

Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.

Article 9

Portabilité des droits

La cessation du contrat de travail, quels qu'en soient la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Cependant le dispositif de « maintien des droits », appelé aussi « portabilité des droits », permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage en cas de cessation de son contrat de travail de conserver sa couverture santé sous certaines conditions définies ci-après.

Hors retraite, le salarié dont le contrat de travail est rompu bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- le contrat de travail a été rompu ou a cessé pour un motif autre que la faute lourde ;
- la cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage ;
- le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

L'employeur informe l'organisme assureur de la date de cessation du contrat de travail. Il mentionne dans le certificat de travail remis au salarié son droit, ou non, à la portabilité, le maintien des garanties ainsi que la durée de ces dernières.

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 du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut excéder 12 mois.

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, de son indemnisation par l'assurance chômage ainsi que toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien des droits.

Le maintien des garanties du régime au titre du dispositif de portabilité est financé par les cotisations de l'entreprise et des salariés en activité (part patronale et part salariale), selon le principe de la mutualisation.

Le niveau de garanties : pendant la période de portabilité, les garanties sont identiques à celles définies dans le contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle le salarié appartenait. En cas de modification du contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées aux anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité.

Article 10

Autres cas de maintien de la couverture frais de santé

L'organisme assureur adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés visés ci-dessous au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire dans les cas suivants :

- a) A l'issue du dispositif de portabilité, à l'ancien salarié concerné une proposition de maintien de la couverture frais de santé à titre individuel ;
- b) Aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée.

L'organisme assureur doit :

- proposer à la personne concernée, dans un délai de 2 mois à compter de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période pendant laquelle elle a bénéficié du maintien temporaire de ces garanties, une couverture identique à celle des actifs ;
- fournir une notice d'information individuelle précisant les modalités de souscription, ainsi que le tarif proposé dans le respect de la réglementation.

La demande doit être faite par le salarié auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période durant laquelle il bénéficiait à titre temporaire du maintien de ces garanties.

Article 11

Cotisation et répartition

La cotisation est fixée jusqu'au 31 décembre 2017 à :

- 32,46 € par mois pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 17,75 € par mois pour les salariés relevant du régime local Alsace-Moselle.

Dans le cadre de cette cotisation, 2 % sont affectés au financement de prestations à caractère non directement contributif.

Ces prestations prennent notamment la forme de :

1. Financement d'actions de prévention des risques professionnels dans le secteur ;
2. Prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié, pour les garanties définies en annexe I.

Cette couverture s'impose de plein droit, dans les relations individuelles de travail, à l'ensemble des salariés en tant qu'élément du statut conventionnel applicable. A ce titre, le précompte correspondant à la part salariale des cotisations est obligatoire.

L'employeur peut prendre en charge au moins la différence existant entre la cotisation pleine et celle des salariés à temps partiel, dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à acquitter une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération, sauf dans les cas prévus à l'article 4 du présent accord.

Article 12

Choix de l'organisme assureur

A l'issue de la procédure de mise en concurrence, la commission paritaire de branche recommande AG2R Prévoyance pour assurer et gérer le régime santé complémentaire conventionnel obligatoire des salariés de la branche.

La recommandation s'appliquera pour une durée de 3 ans à partir du 1^{er} janvier 2016, excepté dans le cas où l'organisme recommandé ne remplirait plus les conditions établies par les partenaires sociaux dans le cahier des charges relatif à la mise en concurrence.

Préalablement, l'organisme défaillant sera mis en demeure par la commission paritaire de corriger ses manquements les corrections devront intervenir dans un délai de 6 mois. A défaut, la commission paritaire pourra mettre fin à sa recommandation.

Article 13

Mise en œuvre

Les employeurs dont les salariés relèvent de la convention collective nationale des vétérinaires praticiens salariés, excepté ceux qui auraient déjà mis en place un système de garanties collectives en matière de remboursement de frais de santé au moins équivalent à celui prévu dans le présent accord, doivent faire bénéficier leurs salariés des garanties collectives définies par le présent accord à la date de parution de l'arrêté d'extension, et au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Il appartiendra aux employeurs ayant déjà mis en place avant la date d'effet du présent accord une garantie collective de s'assurer que le régime existant dans l'entreprise est au moins équivalent en termes de garanties à celui mis en place par le présent accord.

Chaque salarié est libre de contracter à ses frais des garanties additionnelles venant compléter le niveau de prestations du présent accord et la prise en charge de son conjoint et/ou de ses ayants droit.

Article 14

Commission paritaire spéciale de suivi

Les parties signataires décident de mettre en œuvre une commission paritaire de suivi de l'accord dont la partie patronale assure le secrétariat.

Elle est composée d'un représentant par organisation syndicale de salariés représentative au niveau de la branche et d'autant de représentants des organisations patronales représentatives au niveau de la branche, du présent accord.

La commission se réunit au moins une fois par an pour examiner l'effectivité de l'accord et les résultats du régime, ainsi que toutes statistiques et/ou éléments concernant ce régime. Elle se réunit sur convocation du secrétariat dans les 2 mois qui suivent l'envoi par le (ou les) organisme(s) recommandé(s) des comptes de résultats de l'année écoulée.

L'assureur recommandé a obligation de présenter annuellement à la commission paritaire le compte de résultats du régime ainsi que les résultats relatifs au haut degré de solidarité et à la portabilité des droits.

A la demande d'au moins un de ses membres, la commission de suivi se réunit dans un délai de 2 mois à réception de la demande. Le secrétariat est chargé de la convocation.

Article 15

Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

La perte éventuelle de la qualité d'organisation représentative de l'une ou l'autre des parties signataires du présent accord n'entraîne pas la remise en cause de l'accord.

Article 16

Révision

Le présent accord peut faire l'objet d'une demande de révision par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisation signataire. Le courrier mentionne les modifications souhaitées et s'accompagne d'un projet de texte modificatif.

Lorsque l'organisme recommandé ne remplit plus les conditions du cahier des charges annexé au présent accord, dans les 2 mois suivant ce constat, la partie patronale convoquera l'ensemble des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, signataires du présent accord ou y ayant adhéré ultérieurement, pour une première réunion de négociation.

Les organisations syndicales de salariés représentatives, signataires du présent accord ou qui y ont adhéré conformément aux dispositions de l'article L. 2261-3 du code du travail, sont seules habilitées à signer, dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du code du travail, l'avenant portant révision de cet accord.

Dans le cas où l'avenant portant révision est approuvé par l'ensemble des parties signataires de l'accord et par celles y ayant adhéré ultérieurement, les nouvelles dispositions se substituent immédiatement à celles qu'il modifie. Il est opposable, dans des conditions de dépôt prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail, à l'ensemble des employeurs et des salariés liés par la convention ou l'accord.

Article 17

Dénonciation

Le présent accord peut être dénoncé à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires ou y ayant adhéré ultérieurement par lettre recommandée adressée à la DDTEFP de Paris, avec avis de réception, en respectant un préavis de 6 mois.

Le présent accord peut faire l'objet d'une dénonciation partielle. La durée du préavis qui doit précéder la dénonciation partielle est de 6 mois.

Elle est déposée par la partie qui en est signataire au service dépositaire de l'accord qu'elle concerne. Un récépissé est délivré au déposant.

Dans les 2 mois qui suivent la fin du préavis, à l'initiative de l'une ou de l'autre des parties signataires, une négociation sera engagée pour définir un nouvel accord.

Lorsque la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis. A défaut de nouvel accord dans le délai imparti, les salariés des entreprises concernées conservent les avantages individuels qu'ils ont acquis, en application du présent accord, à l'expiration de ce délai et cela pendant 1 an.

Lorsque la dénonciation est le fait d'une partie seulement des signataires employeurs ou des signataires salariés, elle ne fait pas obstacle au maintien en vigueur de l'accord entre les autres parties signataires.

Dans ce cas, les dispositions de l'accord continuent de produire effet à l'égard des auteurs de la dénonciation jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui est substitué ou, à défaut, jusqu'au 1^{er} janvier suivant à compter de l'expiration du délai de préavis.

Article 18

Date d'effet

Le présent accord prendra effet le premier jour du mois qui suit la parution au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension et, en tout état de cause, impérativement au 1^{er} janvier 2016.

Article 19

Dépôt et extension

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord. Le dépôt en sera fait par la partie la plus diligente dans le respect de la réglementation en vigueur.

Fait à Paris, le 14 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNVEL.

Syndicats de salariés :

CSFV CFTC ;

FCS UNSA ;

FGA CFDT ;

FSPSS FO ;

CFE-CGC Agro.

ANNEXE I

RÉGIME OBLIGATOIRE : GARANTIES À EFFET DU 1^{ER} JANVIER 2016

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément de la sécurité sociale).

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		130% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)		150% BR Médecins adhérents CAS 130% BR Médecins NON adhérents CAS
Actes d'anesthésie (ADA)		130% BR Médecins adhérents CAS
Autres honoraires		110% BR Médecins NON adhérents CAS
Chambre particulière (y compris maternité)		28 € / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)		28 € / jour
Participation forfaitaire pour les actes coûteux		18 €
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)		100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)		100% BR
Actes de chirurgie (ADC)		150% BR Médecins adhérents CAS
Actes techniques médicaux (ATM)		130% BR Médecins NON adhérents CAS
Actes d'imagerie médicale (ADI)		100% BR
Actes d'échographie (ADE)		100% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Analyses		100% BR
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		6 % PMSS / oeil
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie		100% BR
Pharmacie non remboursée SS		
Pilules et patchs contraceptifs non remboursés par la SS et patchs anti-tabac		Crédit de 1 % du PMSS par année civile
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives & Orthopédie & autres prothèses		100%BR + Crédit de 1000 € par année civile

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		100% BR
Inlay simple, Onlay		100% BR
Prothèses dentaires (y compris Inlay core et inlay à clavettes)		270% BR
Orthodontie		180% BR
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires (1)		Crédit de 120 € par année civile

(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra-implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023 et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

Equipelement optique

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Optique		
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.		
Monture		100% BR + 2,5% PMSS
Verres		100% BR +2,5 % PMSS (par verre)
Lentilles remboursées par la SS		100% BR + 1,25% PMSS par année civile
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)		1,75% PMSS par année civile

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Médecines hors nomenclature		
Contraceptifs non remboursés SS Sevrage tabagique		Crédit de 1 % du PMSS par année civile
Médecine douce : Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée), diététicien, ergothérapie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie.		20 € par acte limité à 4 actes par année civile
Actes de prévention		
Prise en charge des actes de prévention de la liste prévue par l'Arrêté du 8 juin 2006 (pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code)		100% BR

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : ticket modérateur, soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

CAS : contrat d'accès aux soins.

Brochure n° 3179

Convention collective nationale

**IDCC : 1534. – ENTREPRISES DE L'INDUSTRIE
ET DES COMMERCE EN GROS DES VIANDES**

**ACCORD DE MÉTHODE DU 16 SEPTEMBRE 2015
RELATIF À LA RÉVISION DE LA CONVENTION COLLECTIVE**

NOR : ASET1550993M

IDCC : 1534

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche de l'industrie et des commerces en gros des viandes ont fait le constat de la nécessité de mettre à jour les dispositions de la convention collective nationale des entreprises de l'industrie et des commerces en gros des viandes du 20 février 1969 étendue par arrêté du 31 décembre 1971 et ayant fait l'objet d'une première remise à jour par accord en date du 9 novembre 1988 et étendue à nouveau par arrêté du 10 août 1989.

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail paritaire restreint, mandaté par la commission paritaire nationale de la négociation collective (CPNNC), a été mis en place pour formuler des propositions d'évolution des dispositions conventionnelles.

Les objectifs poursuivis ont été de :

- mettre en conformité les dispositions conventionnelles au regard de la législation en vigueur ;
- sécuriser juridiquement les entreprises de la branche et leurs salariés.

Le groupe de travail, qui s'est clôturé le 14 avril 2015, a remis ses conclusions aux membres de la CPNNC. Ces éléments ont fait l'objet d'un premier tour de table lors de la réunion paritaire du 20 mai 2015.

Les partenaires sociaux de la branche souhaitent à présent ouvrir officiellement la négociation sur la révision de la convention collective par la conclusion du présent accord.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet, d'une part, d'acter l'engagement commun des partenaires sociaux pour engager une révision de la convention collective des entreprises de l'industrie et des commerces en gros des viandes et, d'autre part, de définir une méthodologie précisant, conformément à l'article 3 de la convention collective citée en référence :

- les points dont la révision est demandée ;
- les propositions formulées en remplacement ;

- la cadence des réunions ;
- la date limite d’aboutissement.

Article 2

Points dont la révision est demandée

Les partenaires sociaux de la branche conviennent que la révision porte sur l’intégralité de la convention collective, ce qui inclut les annexes, avenants et accords conclus dans son champ d’application.

Au cours de cette négociation, il pourra toutefois être décidé de conserver en l’état certaines dispositions, accords ou avenants.

Article 3

Propositions formulées en remplacement

Les propositions formulées en remplacement sont formalisées dans le document de travail global élaboré par le groupe de travail restreint qui a été communiqué aux membres de la commission paritaire de la négociation collective.

Ce document a fait l’objet d’un premier tour de table lors de la commission paritaire du 20 mai 2015, chaque organisation ayant à cette occasion exprimé ses positions sur les principaux thèmes identifiés.

Article 4

Cadence des réunions et date limite d’aboutissement

Le calendrier fixé pour la révision de la convention collective telle que prévue dans le présent accord est le suivant :

- CPNNC, 16 septembre 2015 ;
- CPNNC, 9 octobre 2015.

Il est convenu que d’autres réunions puissent, si nécessaire, être organisées avant la date limite d’aboutissement définie ci-dessous.

La date limite d’aboutissement de cette négociation est fixée au 16 mars 2016.

Article 5

Dispositions finales

Le présent accord est conclu pour une durée déterminée de 6 mois. Il entrera en vigueur à compter de sa date de signature.

Il expirera automatiquement et sans formalisme particulier à l’issue de cette période. Toutefois, si les partenaires sociaux estiment nécessaire de prolonger la négociation, ils en décideront par voie d’avenant au présent accord.

Dès lors qu’il n’aura pas fait l’objet d’une opposition régulièrement exercée par une ou plusieurs organisations syndicales de salariés reconnues représentatives dans la convention collective nationale des entreprises de l’industrie et des commerces en gros des viandes, dans les conditions législatives et réglementaires en vigueur, le présent accord fera l’objet d’un dépôt auprès de la direction générale du travail du ministère du travail, de l’emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, en application des dispositions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail.

Fait à Paris, le 16 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

FNICGV ;
CNTF ;
FNEAP ;
SYNAFAVIA ;
SNIV SNCP.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;
CSFV CFTC ;
FNAA CFE-CGC ;
FGA CFDT.

Accord professionnel
AGENCES DE VOYAGES ET DE TOURISME

ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ
DANS LA BRANCHE DES AGENCES DE VOYAGES ET DE TOURISME

NOR : ASET1551007M

Entre :

Le SNAV,

D'une part, et

La CFDT ;

La CFTC ;

Le SNEPAT FO,

D'autre part,

Après avoir rappelé que :

Aux termes de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, les partenaires sociaux ont souhaité que soit généralisée à tous les salariés une couverture d'assurance de remboursement complémentaire de frais de santé. L'accord national interprofessionnel précité invitait les branches professionnelles à ouvrir des négociations pour conclure des accords permettant de réaliser cet objectif.

Les parties au présent accord se sont donc réunies pour étudier les modalités de mise en œuvre d'un tel régime en prenant en compte les spécificités du secteur d'activité, notamment au regard du recours à des emplois de courte durée ou de la présence significative de salariés employés par plusieurs entreprises.

Les parties ont pris en compte la transcription de l'accord national interprofessionnel précité dans le code de la sécurité sociale par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 n° 2013-504.

Conscientes de la nécessité de bénéficier d'un régime mutualisé, les parties considèrent qu'un tel dispositif doit être mis en œuvre au travers d'une mutualisation des risques au moyen d'une couverture d'assurance qui réponde à une exigence de solidarité professionnelle.

Le présent régime s'applique tout autant pour les salariés relevant des conventions collectives nationales du personnel des agences de voyages et de tourisme (IDCC n° 1710), des guides accompagnateurs et accompagnateurs au service des agences de voyages et de tourisme (IDCC n° 412) et des guides interprètes de la région parisienne (IDCC n° 349).

Pour mettre en œuvre les principes précités, les partenaires sociaux ont conduit une procédure de mise en concurrence conforme à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et à ses décrets d'application, afin de recommander un organisme assureur dans la branche.

Plus largement, l'objectif de ces travaux a été :

- de mettre en place un régime en conformité avec les nouvelles règles d'exonération de cotisations de sécurité sociale et de déductibilité fiscale issues, notamment, du décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 modifiant le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 ;
- de doter l'ensemble des salariés de la branche d'un régime de remboursement de frais de santé conforme au panier de soins minimal dont le contenu est précisé aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- de définir les modalités de couverture du régime pour les guides accompagnateurs et accompagnateurs, guides conférenciers et guides interprètes nationaux, temporaires ou auxiliaires (ci-après dénommés les « guides et accompagnateurs »), dans l'attente de la publication du décret d'application du dernier alinéa de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités spécifiques de financement du panier de soins en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel.

Il a donc été décidé ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément du régime de base de la sécurité sociale.

Article 2

Champ d'application

2.1. Professionnel

Les dispositions du présent accord concernent :

- les agences de voyages et les entreprises de tourisme, qui se livrent ou apportent leur concours aux opérations consistant en l'organisation, la production ou la vente des activités visées aux articles L. 211-1 et L. 211-2 du code du tourisme et qui sont titulaires d'une immatriculation au registre des opérateurs de voyages et de séjours, principalement référencés par la nouvelle nomenclature des activités économiques sous les codes :
 - 79.11Z Agences de voyages ;
 - 79.12Z Voyagistes ;
- les agences de voyages et les entreprises de tourisme définies ci-dessus employant des personnes exerçant de façon suivie, comme activité principale, les professions de guide accompagnateur et d'accompagnateur, les professions de guide conférencier et de guide interprète nationaux, temporaires ou auxiliaires.

2.2. Territorial

Le présent accord s'applique, sur l'ensemble du territoire national comprenant les départements et régions d'outre-mer, aux contrats de travail régis par le droit du travail français.

Article 3

Adhésion des salariés

3.1. Salariés bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail au sein d'une entreprise définie à l'article 2, sans condition d'ancienneté.

3.2. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au présent régime des salariés visés à l'article 3.1 est obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2016. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

3.3. Faculté de dispense d'adhésion

Quelle que soit leur date d'embauche, ont la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 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 d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, 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 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises, à condition de le justifier chaque année.

Ces salariés devront solliciter par écrit, auprès de la personne compétente dans leur entreprise, leur dispense d'adhésion au présent régime de remboursement de frais de santé et produire l'éventuel justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les 10 jours calendaires suivant la date de mise en place du présent régime dans leur entreprise ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier leur situation.

Les entreprises peuvent toutefois déroger à l'instauration des facultés de dispense précitées en sélectionnant celles qu'elles jugent pertinentes et en le formalisant conformément à l'un des actes prévus à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

3.4. Cas des guides et accompagnateurs visés en préambule et dont l'employeur adhère à l'organisme assureur recommandé

Compte tenu de la particularité de l'activité des guides et accompagnateurs, dont les contrats de travail sont de très courte durée (pouvant être de quelques heures ou jours sur le mois) et qui sont le plus souvent embauchés par plusieurs employeurs différents, des modalités spécifiques de durée et de financement sont mises en œuvre.

Cette spécificité permettra de garantir la meilleure péréquation des risques et de leur éviter une interruption de couverture entre leurs interventions professionnelles.

Lorsque la durée prévue du contrat de travail d'un de ces salariés est inférieure à 12 mois, l'adhésion au contrat de remboursement santé est maintenue, par principe, jusqu'au terme des 12 mois précités.

Le maintien de cette adhésion s'entend sans préjudice des dispositions applicables en matière de portabilité telles que régies par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Le financement de ces salariés est précisé à l'article 5.3.

3.5. Salarié dont le contrat de travail est suspendu

3.5.1. L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

3.5.2. Les salariés ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien total ou partiel de salaire (notamment congé sans solde, congé parental...).

Toutefois, les entreprises pourront prévoir, si elles le souhaitent, un maintien possible du régime y compris dans cette situation selon des conditions qu'elles détermineront.

3.6. Portabilité des garanties

Les salariés bénéficiaires du présent régime, ainsi que leurs ayants droit, auront droit au maintien des garanties en vigueur dans leur entreprise en cas de fin ou de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, pendant une durée maximale de 12 mois, sous réserve de remplir l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

3.7. Maintien de la couverture (art. 4 de la loi Evin)

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin), la couverture complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture complémentaire santé à ces anciens salariés ou à leurs ayants droit, dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin, incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Article 4

Garanties

4.1. Volet obligatoire

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits « responsables » tels que régis par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le montant de la cotisation seront modifiés par avenant au présent accord entre la commission nationale paritaire des affaires sociales et l'assureur recommandé.

Les entreprises non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront respecter au moins les mêmes niveaux de garanties que le régime de base.

En tout état de cause, les entreprises soumises au présent accord devront permettre l'accès à une couverture :

- d'une part, des salariés « isolés » à adhésion obligatoire ;
- d'autre part, de leurs ayants droit (définis aux articles 5.1.1 et 5.1.2 du présent accord) aux conditions d'adhésion en vigueur dans l'entreprise.

4.2. Volet facultatif

Les entreprises ont la possibilité de proposer à leurs salariés d'adhérer, à titre facultatif, à l'option prévue dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé.

Cette option constitue donc une offre assurantielle qui ne résulte pas du présent régime, tel que formalisé par le présent accord, régi par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau de cette option est joint en annexe II, à titre purement informatif.

Article 5

Cotisations

5.1. Structure de la cotisation

5.1.1. Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé » pour le volet obligatoire défini à l'article 4.1.

Dans les entreprises ayant instauré une option prévue par l'article 4.2 du présent accord, les salariés choisissant d'y adhérer acquittent la cotisation « salarié isolé ».

5.1.2. En parallèle, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (conjoint et/ou enfant[s]) pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime (volet obligatoire et, le cas échéant, volet facultatif).

5.1.3. Par conjoint, il faut entendre :

- le conjoint marié au sens des articles 143 et suivants du code civil ;
- le partenaire de pacte civil de solidarité au sens des articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil.

5.2. Montant et répartition des cotisations

5.2.1. Volet obligatoire

La cotisation obligatoire « salarié seul » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur.

La cotisation facultative des ayants droit est financée à 100 % par le salarié.

Les cotisations globales ci-dessus définies sont fixées dans les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé.

Cotisation « salarié seul » :

a) Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale : 35,26 € ;

b) Salarié affilié au régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle : 22,92 €.

Cotisation « salarié avec ayant(s) droit » :

a) Salarié relevant du régime général de la sécurité sociale : 94,31 € ;

b) Salarié affilié au régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle : 61,30 €.

Pour les salariés adhérents au régime avec leur(s) ayant(s) droit, l'employeur prend en charge le même montant en euros que celui qu'il supporte pour un salarié seul.

Ces niveaux de cotisation négociés avec l'organisme assureur recommandé sont mentionnés à titre indicatif. Ils ne s'imposent donc pas aux entreprises ayant recours à un autre organisme assureur que celui recommandé.

5.2.2. Volet facultatif

Dans les entreprises ayant instauré l'option prévue par l'article 4.2 du présent accord, les cotisations supplémentaires au volet obligatoire du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit sont financées à 100 % par le salarié.

Les cotisations facultatives ci-dessus définies sont fixées dans les conditions suivantes, dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé :

(En euros.)

	COTISATIONS SALARIALES SUPPLÉMENTAIRES FACULTATIVES	
	Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale	Salariés relevant du régime de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle
Salarié seul	+ 22,63	+ 14,71
Salarié avec ayant(s) droit au sens des articles 5.1.2 et 5.1.3	+ 54,22	+ 35,25

Ces niveaux de cotisation négociés avec l'organisme assureur recommandé sont mentionnés à titre indicatif. Ils ne s'imposent donc pas aux entreprises ayant recours à un autre organisme assureur que celui recommandé.

5.3. Modalité de financement de la couverture des guides et accompagnateurs visés en préambule

5.3.1. Côté salarié

Dès lors qu'ils adhèrent à l'organisme assureur recommandé par le présent régime de branche proposé par l'un de leurs employeurs, ces salariés acquittent mensuellement et en totalité la cotisation globale finançant le régime (équivalent à la somme de la part salariale et de la part patronale, telles qu'indiquées à l'article 5.2.1), directement auprès de l'organisme assureur recommandé et cela pendant toute la durée de leur adhésion, soit en principe jusqu'au terme des 12 mois tels que prévus à l'article 3.4 du présent accord.

Dans les cas où ces salariés ayant adhéré à l'organisme assureur recommandé effectuent leur mission chez un employeur qui n'a pas adhéré au régime de branche auprès de l'organisme recommandé, ils restent libres de leur adhésion auprès de cet employeur.

5.3.2. Côté employeur

Les entreprises, ayant adhéré ou non au régime de branche, rembourseront la quote-part minimale de contribution patronale mensuelle prévue par l'article 5.2.1 du présent accord, à l'issue de chaque mois, sur leur bulletin de paie, à concurrence de 1/20 par jour de travail.

Toute journée de travail au titre de laquelle ces salariés effectuent une mission, quel qu'en soit le nombre d'heures, est reconnue comme une journée pleine.

Article 6

Clause de recommandation

6.1. Degré élevé de solidarité

6.1.1. L'organisme assureur recommandé met en œuvre, dans le cadre du contrat garantissant les risques assurantiels tels que définis à l'article 4 du présent accord, au moins l'une des prestations à caractère non directement contributif définies par la commission nationale paritaire des affaires sociales.

La liste de ces prestations est jointe en annexe II du présent accord.

6.1.2. Le financement de ces prestations est assuré par l'affectation de 2 % de la cotisation globale versée par les entreprises.

6.1.3. Les entreprises doivent mettre en œuvre ces prestations même si elles n'adhèrent pas au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé.

Dans ce cas, le financement des prestations du degré élevé de solidarité prévu à l'article 6.1.2 est affecté à l'organisme assureur qui couvre, dans leur entreprise, les risques assurantiels de remboursement « frais médicaux » tels que définis dans le décret d'application n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

6.2. Organisme assureur recommandé

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander un organisme assureur aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties de frais de santé prévues par ledit accord, au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux articles L. 912-1 et D. 912-1 à D. 912-13 du code de la sécurité sociale.

L'organisme assureur est le suivant :

AG2R Prévoyance, membre d'AG2R La Mondiale, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et disposant du double agrément du ministère du travail et du ministère de l'agriculture (numéro d'agrément ministère 942).

Siège social : 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14.

SIREN : 502 858 418 et SIRET (siège) 502 858 418 0010.

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

Article 7

Suivi du régime de complémentaire santé

Le présent régime est administré par la commission nationale paritaire des affaires sociales.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la date de clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime seront précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative en concertation avec la commission nationale paritaire des affaires sociales.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou les cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission nationale paritaire des affaires sociales.

Article 8

Effet. – Durée. – Révision. – Dénonciation

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2016.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé et dénoncé dans les conditions prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 21 septembre 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES AG2R AU 1^{ER} JANVIER 2016

Prestations complémentaire à la Sécurité sociale	REGIME DE BASE			OPTION à adhésion facultative (y compris BASE)		
	Niveau	Base	Limite	Niveau	Base	Limite
HOSPITALISATION						
Hospitalisation médicale-Etablissements conventionnés	200%	BR		100%	FR-SS	
Hospitalisation médicale-Etablissements non conventionnés	100%	TM		80%	FR-SS	
Hospitalisation chirurgicale-Etablissements conventionnés	200%	BR		100%	FR-SS	400% BR
Hospitalisation chirurgicale-Etablissements non conventionnés	100%	TM		80%	FR-SS	400% BR
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie / CAS	200%	BR		400%	BR	
Actes de chirurgie, actes d'anesthésie / hors CAS	130%	BR		130%	BR	
Forfait journalier-Etablissements conventionnés	100%	FR-Ss		100%	FR-Ss	
Forfait journalier-Etablissements non conventionnés	100%	FR-Ss		80%	FR-Ss	
Chambre particulière (y compris maternité)	1%	PMSS	par nuit	3%	PMSS	par nuit
Lit accompagnant enfant hospitalisé	1%	PMSS	par nuit	3%	PMSS	par nuit
Transport accepté	100%	TM		100%	TM	
MEDECINE COURANTE						
Consultations Visites généralistes / CAS	50%	BR		200%	BR	
Consultations Visites généralistes / hors CAS	100%	TM		130%	BR	
Consultations Visites spécialistes / CAS	100%	BR		200%	BR	
Consultations Visites spécialistes / hors CAS	80%	BR		130%	BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux / CAS	50%	BR		200%	BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux / hors CAS	100%	TM		130%	BR	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie	50%	BR		200%	BR	
Analyse laboratoires	50%	BR		200%	BR	
Auxiliaires médicaux	50%	BR		200%	BR	
PROTHESES MEDICALES						
Prothèses auditives	130%	BR		300%	BR	
Autres prothèses	65%	BR		200%	BR	
PHARMACIE						
Pharmacie	100%	TM		100%	TM	
OPTIQUE	UNE PAIRE DE LUNETTES PAR BENEFICIAIRE TOUS LES 2 ANS (SAUF CHANGEMENT DE DIOPTRIE) TOUS LES ANS POUR LES MINEURS					
Monture	100	EURO		150	EURO	
Verre unifocal -adulte	60	EURO	par verre	100	EURO	par verre
Verre multifocal - adulte	100	EURO	par verre	200	EURO	par verre
Verre unifocal - enfant - de 18 ans	50	EURO	par verre	80	EURO	par verre
Verre multifocal - enfant - de 18 ans	80	EURO	par verre	150	EURO	par verre
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100	EURO	par an / bénéficiaire	200	EURO	par an / bénéficiaire
Lentilles refusées par la Sécurité sociale						
DENTAIRE						
Soins dentaires	100%	TM		200%	BR	
Orthodontie remboursée	125%	BR		200%	BR	
Prothèses figurant dans la nomenclature	125%	BR		300%	BR	
AUTRES GARANTIES						
Garantie Assistance	OUI			OUI		
Prévention : 1 détartrage annuel + vaccins pris en charge par la Ss et inscrits au calendrier vaccinal	OUI			OUI		

CAS (contrat d'accès aux soins) : contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins libéraux du secteur 2 visant à encadrer les dépassements d'honoraires.

BR (base de remboursement) : c'est le tarif à partir duquel est calculé le remboursement du régime de la sécurité sociale.

TM (ticket modérateur) : c'est la différence entre la base de remboursement (BR) et le remboursement effectué par le régime obligatoire de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

SS : remboursement sécurité sociale.

PMSS (plafond mensuel de la sécurité sociale) : il est de 3 170 € en 2015. Ce montant évolue au 1^{er} janvier de chaque année.

ANNEXE II

LISTE DES PRESTATIONS À CARACTÈRE NON DIRECTEMENT CONTRIBUTIF DÉFINIES PAR LA COMMISSION NATIONALE PARITAIRE DES AFFAIRES SOCIALES

Pourra être prise en charge la cotisation du régime remboursement de frais de santé des salariés suivants :

- les bénéficiaires d’une couverture complémentaire en application de l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d’une aide à l’acquisition d’une complémentaire santé en application de l’article L. 863-1 du même code ;
- les apprentis.

Directeur de la publication : Yves Struillou

165150470-001115

Direction de l'information légale et administrative

ISSN en cours
