

Brochure n° 3097

**Convention collective nationale**

**IDCC : 1307. – EXPLOITATION CINÉMATOGRAPHIQUE**

**ACCORD DU 16 SEPTEMBRE 2015**

**RELATIF À LA MISE EN PLACE DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1551109M

IDCC : 1307

Conformément aux dispositions de la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi en date du 14 juin 2013,

les partenaires sociaux de la branche de l'exploitation cinématographique ont souhaité généraliser et encadrer l'application d'une couverture collective dite complémentaire frais de santé dans toutes les entreprises de la branche.

Conscients des spécificités du secteur de l'exploitation cinématographique et de la diversité des typologies d'entreprises, les partenaires sociaux souhaitent assurer un seuil minimal conventionnel de garanties applicables dans la branche, sans toutefois remettre en cause les contrats complémentaire frais de santé pouvant exister dans les entreprises du secteur.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champ d'application*

Le présent accord règle, en France métropolitaine, l'organisation de la complémentaire frais de santé entre les salariés et les employeurs des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale de l'exploitation cinématographique en date du 19 juillet 1984.

**Article 2**

*Objet*

Le présent accord a pour objet de mettre en place une couverture collective minimale obligatoire de remboursements dite « complémentaire frais de santé », au profit des salariés des entreprises visées par le champ d'application du présent accord. Cette couverture devra être mise en place dans les entreprises au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Le présent accord prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle minimal pouvant être amélioré, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, soit par accord collectif, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur, soit par une décision unilatérale de l'employeur.

Le présent accord ne saurait en tant que tel remettre en cause de plein droit les dispositions résultant soit d'un accord collectif, soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur, soit par une décision unilatérale de l'employeur.

### Article 3

#### *Salariés concernés. – Bénéficiaires*

Les dispositions suivantes sont applicables au personnel cadre et non cadre des entreprises visées à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord.

Sous réserve des dispositifs de l'article 9 du présent accord, les entreprises doivent impérativement affilier au contrat collectif complémentaire frais de santé mis en place dans l'entreprise les salariés en CDI au plus tard à la fin de leur période d'essai et les salariés en CDD à compter de leur 4<sup>e</sup> mois de présence dans l'entreprise.

### Article 4

#### *Caractéristiques de la couverture collective minimale conventionnelle*

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord sont tenues de souscrire un contrat collectif complémentaire frais de santé pour tous leurs salariés. Les salariés bénéficient à ce titre d'une couverture collective et obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont libres de choisir l'organisme de leur choix. Il leur appartient également de formaliser la mise en place de leur régime frais de santé au moyen de l'un des actes juridiques prévus à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Le contrat d'assurance mis en place dans les entreprises doit tendre à responsabiliser les assurés et les professionnels de santé, en prévoyant un remboursement optimal des frais de santé lorsque le parcours de soins coordonnés est respecté, c'est-à-dire si le patient consulte le médecin traitant avant un spécialiste, et en limitant la prise en charge des dépenses telles que :

- la participation forfaitaire fixée par voie réglementaire ;
- la majoration du ticket modérateur, lorsque l'assuré consulte hors parcours de soins ;
- les dépassements autorisés d'honoraires des spécialistes hors parcours de soins ;
- les franchises sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et le transport sanitaire.

Le contrat d'assurance couvrant l'entreprise doit garantir une couverture santé collective de tous les salariés, ainsi que celle des anciens salariés au titre de la portabilité visée à l'article 12. Il doit également prévoir un niveau de garanties au moins égal au niveau dit « panier de soins », tel qu'issu du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, tel que défini à l'article 5 du présent accord.

### Article 5

#### *Définition et contenu des garanties minimales*

Les garanties minimales obligatoires devant bénéficier à l'ensemble du personnel entrant dans le champ d'application du présent accord, sous réserve des dispositions de l'article 4, sont établies sur la base de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet.

A la date de signature du présent accord, la couverture complémentaire frais de santé conventionnelle minimale est donc déterminée sur la base des garanties et niveaux de prise en charge dits « panier de soins » issus du décret n° 2014-1025 en date du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Il comprend donc :

- l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ;

- de manière forfaitaire, la prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Le montant minimum de ce forfait est celui déterminé à l'article 1<sup>er</sup> dudit décret annexé au présent accord.

Les garanties minimales précédemment exposées peuvent être améliorées selon les modalités prévues à l'article 6 du présent accord.

## **Article 6**

### *Possibilités d'aménager la couverture minimale conventionnelle*

Conformément aux dispositions de l'article 5, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Une extension optionnelle de garantie frais de santé peut être souscrite, soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

### **Article 6.1**

#### *Initiative de l'employeur*

La nature et le niveau des garanties mentionnées à l'article 5 du présent accord peuvent être complétés par des garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, qui couvrent tous les salariés ou bien des catégories objectives de salariés telles que définies par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012.

L'employeur peut prévoir, dans le cadre d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un accord collectif, ou d'un referendum et à titre collectif, que tout ou partie des prestations prévues soient supérieures à celles indiquées à l'article 5.

Le financement de la part des prestations supérieure au minimum conventionnel est alors fixé selon l'une ou l'autre des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

### **Article 6.2**

#### *Initiative du salarié*

Au-delà du régime minimum obligatoire défini à l'article 5 du présent accord et outre les cotisations définies dans ce cadre, qui sont obligatoirement acquittées par les salariés au titre de leur propre couverture, les salariés peuvent adhérer individuellement à des garanties facultatives.

Dans cette hypothèse, les salariés concernés prennent alors en charge l'intégralité de la cotisation supplémentaire afférente à cette extension de couverture, sans participation de l'entreprise, à défaut d'accord plus favorable dans l'entreprise.

Sous réserve des dispositions du contrat collectif souscrit, les cotisations seront versées par l'employeur.

Les salariés ont également la possibilité d'étendre le bénéfice des garanties facultatives souscrites individuellement à leurs ayants droit. Dans ce cas, les personnes couvertes en qualité d'ayants droit bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé définie au paragraphe ci-dessus est à la charge exclusive du salarié.

## **Article 7**

### *Financement des garanties santé : cotisations*

Le financement des garanties collectives prévues par le présent accord est assuré par une contribution appelée par l'organisme assureur.

Les cotisations servant au financement des garanties de base conventionnelles définies à l'article 5 du présent accord sont prises en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- part patronale : 50 % ;
- part salariale : 50 %.

Cela étant, une moindre participation des salariés peut être décidée selon l'une ou l'autre des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

## **Article 8**

### *Adhésion obligatoire des salariés*

Cet accord concerne l'ensemble des salariés, employés en contrat à durée indéterminée ou en contrat à durée déterminée, cadres et non cadres tels que définis à l'article 3 appartenant aux entreprises entrant dans le champ d'application ci-dessus défini.

L'adhésion de ces derniers au présent régime est par principe obligatoire, sauf cas de dispense expressément prévus à l'article 9 du présent accord. Tous les salariés de l'entreprise bénéficient obligatoirement d'une couverture de frais de santé au moins égale à celle définie à l'article 5. Les ayants droit des salariés de l'entreprise ne bénéficient pas, de droit, de la couverture obligatoire de frais de santé. Leur couverture peut être acquise par la souscription, à l'initiative du salarié assuré, d'options familiales proposées par l'organisme assureur.

## **Article 9**

### *Dispenses d'affiliation*

Les parties signataires du présent accord entendent permettre aux entreprises de la branche exploitation cinématographique de mettre en œuvre tout ou partie des dispenses d'affiliation admises par la direction de la sécurité sociale.

Conformément à ce que prévoit l'article R. 241-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être dispensés d'affiliation au contrat collectif de l'entreprise, sur leur demande écrite, les salariés dans les conditions suivantes :

1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des 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) Des 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) 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 ;

d) Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 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) Des 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) Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de complémentaire 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.

## **Article 10**

### *Modalités de recueil du souhait d'adhésion*

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par l'article 9 du présent accord s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent 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 l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

### **Obligation d'information des salariés**

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'employeur est tenu d'informer les salariés de l'existence et de la nature de la couverture collective des frais de santé en vigueur dans l'entreprise et de la possibilité de bénéficier s'il le souhaite d'une dispense d'affiliation.

L'employeur doit remettre à chaque salarié ainsi qu'à chaque nouvel embauché une notice d'informations détaillée, établie par l'organisme assureur. Cette notice résume les garanties souscrites par l'employeur et leurs modalités d'application.

Les salariés concernés doivent également être informés individuellement de toutes modifications de garanties.

### **Recueil du souhait d'adhésion**

Le salarié souhaitant se prévaloir d'un cas de dispense d'adhésion doit faire part de cette décision par écrit à son employeur et fournir les justificatifs demandés, il devra le cas échéant renouveler son choix lors de chaque échéance annuelle.

Les salariés dispensés d'affiliation ne bénéficient pas de la portabilité des droits, visée à l'article 12 du présent accord.

Les salariés dispensés d'affiliation pourront revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été faite.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

## **Article 11**

### *Suspension du contrat de travail*

#### **Article 11.1**

##### *Cas de maintien des garanties*

L'adhésion des salariés au régime est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors que ces derniers bénéficient, pendant cette période :

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

Dans ce cas, le financement du maintien de couverture s'opère dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité.

## **Article 11.2**

### *Autres cas de suspension du contrat de travail*

Les garanties de frais de santé des salariés sont, par principe, suspendues pendant toute période de suspension du contrat de travail non indemnisée par un maintien de salaire, total ou partiel, ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur.

## **Article 12**

### *Portabilité de la complémentaire frais de santé collective*

Par application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés peuvent bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des garanties collectives frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est mis en œuvre dans les conditions fixées par les dispositions légales.

## **Article 13**

### *Cessation des garanties*

Les garanties cessent pour chaque salarié, sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties frais de santé telle que définie à l'article 12 du présent accord, en cas de :

- rupture du contrat de travail du salarié avec l'entreprise ;
- décès du salarié ;
- dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, dans le respect des délais qui y sont prescrits.

## **Article 14**

### *Durée, dépôt et extension*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et sera applicable à compter de sa signature. Il sera déposé par la partie la plus diligente et fera l'objet d'une demande d'extension.

Fait à Paris, le 16 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

### **Organisation patronale :**

FNCF.

### **Syndicats de salariés :**

CFE-CGC ;

FASAP FO ;

SNE CGT ;

SNS CFTC.

**Article L. 911-1 du code de la sécurité sociale**

A moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties collectives dont bénéficient les salariés, anciens salariés et ayants droit en complément de celles qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale sont déterminées soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par une décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

**Article L. 911-7 du code de la sécurité sociale**

I. – Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident déterminée selon l'une des modalités mentionnées à l'article L. 911-1 dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées au II du présent article sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, dans le respect de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Les salariés concernés sont informés de cette décision.

II. – La couverture minimale mentionnée au I comprend la prise en charge totale ou partielle des dépenses suivantes :

1° La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale, prévue au I de l'article L. 322-2 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

2° Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

Un décret détermine le niveau de prise en charge de ces dépenses ainsi que la liste des dispositifs médicaux mentionnés au 3° entrant dans le champ de cette couverture. Il fixe les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. Il précise les adaptations dont fait l'objet la couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1, en raison de la couverture garantie par ce régime.

Les contrats conclus en vue d'assurer cette couverture minimale sont conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du présent code et au 2° *bis* de l'article 1001 du code général des impôts.

L'employeur assure au minimum la moitié du financement de cette couverture. Cependant, les modalités spécifiques de ce financement en cas d'employeurs multiples et pour les salariés à temps très partiel sont déterminées par décret.

*Nota.* – Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, article 1<sup>er</sup>-IX : « Le I de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016. »



### **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.

*Nota.* – Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, article 1<sup>er</sup>-X : « L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale entre en vigueur :

1° Au titre des garanties liées aux risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2014 ;

2° Au titre des garanties liées au risque décès ou aux risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2015. »

### **Article L. 932-6 du code de la sécurité sociale**

L'institution de prévoyance établit une notice qui définit les garanties souscrites par contrat ou par adhésion à un règlement et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. 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.

L'adhérent est tenu de remettre cette notice à chaque participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des participants, l'adhérent est également tenu d'informer chaque participant en lui remettant une notice établie à cet effet par l'institution.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relatives aux modifications contractuelles incombent à l'adhérent.

### **Article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale**

Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous.



1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des 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) Des 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) 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 ;

d) Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 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) Des 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) Des 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 arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent, 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 l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

**Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale**

NOR : AFSS1416374D

Publics concernés : entreprises et salariés, organismes d'assurance maladie complémentaire.

Objet : détermination des garanties obligatoires d'assurance complémentaire santé des salariés.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret précise le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et pour lesquelles elles doivent, avant cette échéance, engager une négociation.

Ainsi, ces garanties devront couvrir l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, le forfait journalier hospitalier, les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ainsi que les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans, à hau-

teur de 100 € minimum pour les corrections simples, 150 € minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 € minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). S'agissant des salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

Par ailleurs, le décret précise les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation, pour leur propre couverture ou pour celle de leurs ayants droit.

Références : le présent décret est pris en application de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Les dispositions du code de la sécurité sociale issues du présent décret peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 911-7 ;

Vu la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, notamment son article 1<sup>er</sup>,

Décrète :

### **Article 1<sup>er</sup>**

Au titre I<sup>er</sup> du livre IX du code de la sécurité sociale, il est créé un chapitre I<sup>er</sup> ainsi rédigé :

#### **« Chapitre I<sup>er</sup>**

##### **« Détermination des garanties complémentaires des salariés**

« Article D. 911-1. – Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

« 1° Sous réserve des dispositions des 3° et 4° du présent article, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 322-1 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce dernier article et à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 ;

« 2° La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

« 4° Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :

« a) 100 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« b) 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

« c) 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à – 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

« S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au 4° du présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de deux verres et

d'une monture. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

« Article D. 911-2. – La décision unilatérale de l'employeur instituant une couverture minimale à adhésion obligatoire en application de l'article L. 911-7 peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à cet article.

« Article D. 911-3. – Lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 prévoient, au profit des ayants droit du salarié, la couverture à titre obligatoire des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6. »

## **Article 2**

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

### **Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire**

NOR : ETSS1130047D

Publics concernés : entreprises, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance, institutions de gestion de retraite supplémentaire, mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de retraite professionnelle.

Objet : détermination des critères objectifs pour la définition du caractère collectif et obligatoire des garanties de prévoyance et de retraite ouvrant droit à des exclusions d'assiette de cotisations de sécurité sociale au profit des entreprises participant à leur financement.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication. Une période transitoire est ouverte jusqu'au 31 décembre 2013 au cours de laquelle les régimes de protection sociale complémentaire ne respectant pas les conditions prévues par le présent décret continuent de bénéficier des exclusions d'assiette.

Notice : l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale subordonne les exonérations de cotisations sociales des contributions patronales finançant les régimes de protection sociale complémentaire (prévoyance et retraite) à l'obligation que ces régimes soient institués au sein de la branche professionnelle, de l'entreprise ou de l'établissement, à titre collectif et obligatoire. Cette disposition a été complétée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 qui précise qu'est collectif un régime qui offre des garanties à l'ensemble des personnels ou à une catégorie d'entre eux, sous réserve que cette catégorie soit établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'Etat. Le présent décret établit donc les critères permettant de définir une catégorie objective.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le présent décret est pris pour l'application de l'article 17 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et de la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du gouvernement,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 242-1 ;

Vu l'avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 octobre 2011 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 4 novembre 2011 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales en date du 8 novembre 2011 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 9 novembre 2011 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 9 novembre 2011 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 10 novembre 2011 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

### **Article 1<sup>er</sup>**

Après l'article R. 242-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré six articles ainsi rédigés :

« Article R. 242-1-1. – Pour le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1, les garanties mentionnées au même alinéa, qu'elles soient prévues par un ou par plusieurs dispositifs mis en place conformément aux procédures mentionnées à l'article L. 911-1, doivent couvrir l'ensemble des salariés.

« Ces garanties peuvent également ne couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sous réserve que ces catégories permettent, dans les conditions prévues à l'article R. 242-1-2, de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées. Une catégorie est définie à partir des critères objectifs suivants :

« 1° L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;

« 2° Les tranches de rémunérations fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite issus de la convention nationale mentionnée au 1° ou de l'accord national interprofessionnel de retraite complémentaire du 8 décembre 1961 ;

« 3° L'appartenance aux catégories et classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail ;

« 4° Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou les accords mentionnés au 3° ;

« 5° L'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession ;

« Ces catégories ne peuvent en aucun cas être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou, sous réserve du dernier alinéa de l'article R. 242-1-2, de l'ancienneté des salariés.

« Article R. 242-1-2. – Sont considérées comme couvrant l'ensemble des salariés placés dans une situation identique au regard des garanties mises en place :

« 1° Les prestations de retraite supplémentaire bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° à 3° de l'article R. 242-1-1 ;

« 2° Les prestations destinées à couvrir le risque de décès prévues par les dispositions de l'article 7 de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres mentionnée au 1° de l'article R. 242-1-1 ;

« 3° Les prestations destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, lorsque ce dernier est associé à au moins un des trois risques précédents, ou la perte de revenus en cas de maternité, bénéficiant à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article ainsi que, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts, au 3° du même article ;

« 4° Les prestations destinées à couvrir des frais de santé ou une perte de revenu en cas de maladie, qui bénéficient à des catégories établies à partir des critères mentionnés aux 1° et 2° du même article, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soient couverts.

« Dans tous les autres cas où les garanties ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entreprise, l'employeur devra être en mesure de justifier que la ou les catégories établies à partir des critères objectifs mentionnés à l'article R. 242-1-1 permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

« Le fait de prévoir que l'accès aux garanties est réservé aux salariés de plus de 12 mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, et aux salariés de plus de 6 mois d'ancienneté pour les autres prestations, ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

« Article R. 242-1-3. – Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 doivent être les mêmes pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens du même article.

« Pour les prestations de prévoyance complémentaire, le fait de prévoir des garanties plus favorables au bénéfice de certains salariés en fonction des conditions d'exercice de leur activité ne remet pas en cause le caractère collectif de ces garanties.

« Article R. 242-1-4. – Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette, les contributions de l'employeur mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie au sens de l'article R. 242-1-1, sauf dans les cas suivants :

« 1° La prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

« 2° La modulation par l'employeur des contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire en fonction de la composition du foyer du salarié ;

« 3° En matière de prestations de retraite supplémentaire, d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'inaptitude, la mise en place de taux croissants en fonction de la rémunération dans la mesure où cette progression est également appliquée aux contributions des salariés.

« Article R. 242-1-5. – Ni le fait de prévoir la possibilité pour les salariés de choisir de souscrire pour eux-mêmes ou leurs ayants droit des garanties supplémentaires ni la majoration des contribu-

tions de l'employeur en cas de surcotation effectuée par les salariés au titre de ces garanties supplémentaires ne remettent en cause le caractère collectif de ces garanties.

« Dans ce cas, la part des contributions de l'employeur correspondant à cette majoration ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévue au sixième alinéa de l'article L. 242-1.

« Article R. 242-1-6. – Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

« 1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

« 2° Lorsque les garanties ont été mises en place par convention, accord collectif ou ratification à la majorité des intéressés, dans les conditions fixées à l'article L. 911-1, et que le dispositif prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

« a) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat 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) Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

« c) 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 ;

« 3° Dans les cas où les garanties de prévoyance complémentaire ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et où l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

« a) Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 et des 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 ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

« b) A condition de le justifier chaque année, des 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 arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. »

## Article 2

Les contributions mentionnées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui bénéficient, à la date de publication du présent décret, de l'exclusion de l'assiette des cotisations en application des dispositions antérieures à la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 et qui ne remplissent pas les conditions fixées par les dispositions des articles R. 242-1-1 à R. 242-1-6 issus du présent décret continuent d'en bénéficier jusqu'au 31 décembre 2013.

## Article 3

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du gouvernement, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire et la ministre des solidarités et de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.



**Article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant  
les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques**

Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives 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 ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.

**Lexique**

**Ayant droit**

Ayant droit au sens de l'assurance maladie complémentaire :

- personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré en raison de ses liens avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

**Contrat collectif**

Contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion obligatoire souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés.

**Contrat individuel**

Contrat d'assurance maladie complémentaire à adhésion facultative souscrit par le salarié lui-même.