

Brochure n° 3240

**Convention collective nationale**

**IDCC : 1487. – HORLOGERIE-BIJOUTERIE  
(Commerce de détail)**

**ACCORD DU 16 DÉCEMBRE 2015  
RELATIF AU REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1650134M

IDCC : 1487

**PRÉAMBULE**

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé issue de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie ont souhaité mettre en place, par accord de branche collectif et obligatoire, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, avec la volonté d'instaurer des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Les parties à la négociation ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national par la recommandation d'un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, pour assurer la couverture du risque frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives, complété par des protocoles techniques et financiers ainsi qu'un protocole de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

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

*Champ d'application*

Le champ d'application du présent accord est celui de la convention collective du commerce de détail horlogerie-bijouterie, tel que défini dans son article 1<sup>er</sup> du chapitre I<sup>er</sup>.

En cas de concours de régimes applicables dans l'entreprise, y compris en matière de prestations à caractère non directement contributif du fonds social institué au titre du présent régime, la comparaison des garanties de même nature se fait obligatoirement ligne à ligne. Si l'une des garanties du régime en concours est moins favorable à la garantie de même nature du présent accord, ledit régime est considéré comme globalement moins favorable aux garanties minimales obligatoires définies ci-après. Seul le régime le plus favorable est applicable.

Les entreprises ayant un régime de frais de santé moins favorable, apprécié dans les conditions énoncées ci-dessus, devront adapter leurs garanties au plus tard dans un délai de 1 an à compter de la date d'effet du présent accord.

## **Article 2**

### *Objet*

Cet accord a pour objet la généralisation, dans toutes les entreprises de la branche, des garanties minimales obligatoires définies ci-après.

## **Article 3**

### *Bénéficiaires*

Les bénéficiaires des garanties instituées par le présent régime de frais de santé sont l'ensemble des salariés, cadres et non cadres, entrant dans le champ d'application de la convention collective du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie, sans condition d'ancienneté.

L'adhésion au régime conventionnel de base est obligatoire.

La complémentaire santé est obligatoire pour l'ensemble des salariés susvisés à l'exception de ceux pouvant être dispensés, le cas échéant, dans les conditions citées ci-après.

### **Article 3.1**

#### *Bénéficiaires à titre obligatoire*

Sont bénéficiaires du régime de base conventionnel obligatoire de frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise, sans condition d'ancienneté ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail ou maladie professionnelle) et indemnisés par la sécurité sociale ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant la période du maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées pour partie par l'entreprise ;
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail ou qui, à défaut, sont assimilés à des salariés sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

### **Article 3.2**

#### *Dérogations au caractère obligatoire*

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

Toutefois, les partenaires sociaux ont souhaité permettre aux salariés qui en expriment la volonté, et à condition qu'ils soient déjà couverts par un régime de remboursement de frais de santé, de ne pas adhérer au régime conventionnel.

#### **3.2.1. Dispenses d'adhésion**

Les garanties conventionnelles sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion suivantes :

- 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 code précité.

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 échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient, y compris en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi (salariés multi-employeurs), d'une couverture collective relevant d'un dispositif de garantie frais de santé conforme à un de ceux fixés par arrêté <sup>(1)</sup>, à condition de le justifier chaque année.

Il est 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.

### 3.2.2. Mise en œuvre de la dispense d'affiliation

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse auprès de l'employeur formulée par le salarié concerné, qui devra produire toute pièce lui permettant de justifier de sa situation.

A défaut d'une telle demande, dans les conditions définies ci-après, le salarié sera obligatoirement affilié au régime conventionnel obligatoire.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'employeur a informé le salarié des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra pas bénéficier du contrat frais de santé mis en place au sein de l'entreprise ni de la portabilité des garanties frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son employeur.

Le salarié sera tenu de communiquer à son employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier sa situation.

A défaut de justificatif, l'employeur procédera à son affiliation.

Le salarié aura également la possibilité de revenir à tout moment sur sa décision et de solliciter, par écrit, auprès de son employeur, son adhésion au régime conventionnel.

Dans ce cas, son adhésion prendra effet au premier jour du mois qui suit la demande.

En tout état de cause, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place, par décision unilatérale de l'employeur (DUE), d'un régime de frais de santé plus favorable que le présent accord, conformément aux modalités visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, peuvent bénéficier de la dispense prévue à l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin.

## Article 3.3

### *Extension des garanties « frais de santé »*

Conformément à l'article 3.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire.

Toutefois, une extension optionnelle de garanties 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).

---

(1) 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.

Ainsi, les entreprises peuvent également mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire plus élevée en souscrivant à l'un des deux niveaux optionnels.

Les garanties peuvent être étendues aux ayants droit du salarié.

Pour l'application des dispositions au titre du présent régime, il faut entendre, au minimum, par ayants droit :

- le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin du salarié :
- le conjoint : personne liée à l'affilié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le partenaire lié par un Pacs (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec l'affilié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec l'affilié en concubinage au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

- les enfants à charge de l'affilié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
  - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du dispositif social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
  - âgés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
  - âgés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage ou aidé aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
  - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé AAH (art. L. 821-1 du code de la sécurité sociale). Les personnes handicapées qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquelles celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérées comme étant à charge ;
- les enfants de l'affilié nés « viables » moins de 300 jours après son décès ;
- les ascendants à charge : les personnes ascendantes de l'affilié à condition d'être à sa charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l'organisme assureur.

## **Article 4**

### *Conditions de suspension et de cessation des garanties*

#### **Article 4.1**

##### *Suspension des garanties*

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

Toutefois, il est à opérer une distinction entre les suspensions entraînant ou non rémunération ou indemnisation.

#### 4.1.1. Suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit le cas échéant, est maintenue obligatoirement 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 de la rémunération par l'employeur ou du versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le régime de protection sociale complémentaire.

#### 4.1.2. Suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée

Dans les cas où la suspension du contrat de travail du salarié ne donne lieu ni à rémunération ni à indemnisation, le bénéfice des garanties conventionnelles est suspendu.

Il peut toutefois être maintenu à la demande du salarié, en cas de suspension du contrat de travail, pour l'un des congés suivants :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à temps plein ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Le bénéfice des garanties conventionnelles pourra être maintenu, sous réserve que le salarié s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation au titre du régime de frais de santé calculée selon les règles applicables à la catégorie dont il relève, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur. Ce dernier conserve cependant, s'il le souhaite, la possibilité de continuer à verser sa part.

### **Article 4.2**

#### *Cessation des garanties*

L'affiliation au régime de frais de santé cesse :

- à la date de liquidation de la pension de retraite auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse par le salarié, sauf en cas de situation de cumul emploi-retraite, tel que défini par la législation en vigueur et sans préjudice des dispositions relatives au maintien des garanties des retraités, tel que défini à l'article 5.2 ci-après ;
- à la date de rupture ou de cessation du contrat de travail du salarié (au terme du préavis, effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties ;
- à la date du décès du salarié ;
- pour les ayants droit, dès lors qu'ils ne répondent plus à la définition fixée à l'article 3.3 du présent accord ;
- en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat d'assurance par l'employeur.

La cessation de l'affiliation entraîne la cessation des garanties mises en œuvre au bénéfice du salarié et, à la même date, la cessation de l'affiliation de ses éventuels ayants droit ainsi que la cessation de la garantie optionnelle éventuellement souscrite par le salarié.

Au terme de l'affiliation du salarié due à la cessation de son contrat de travail, pour quelque motif que ce soit, l'employeur sera tenu d'en informer l'organisme assureur.

## Article 5

### *Portabilité de la complémentaire santé*

#### Article 5.1

##### *Portabilité en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage*

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 :

- 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 mois 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 au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise. Quant aux garanties concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires ou des options facultatives, étant précisé que, s'il s'agit des options facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la rupture de son contrat pour que la portabilité soit assurée au titre de cette couverture optionnelle ;
- 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.

Les présentes dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au présent article.

Pour la mise en œuvre de la portabilité auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garanties pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier de ce maintien de garanties, l'ancien 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 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 portabilité des droits.

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 de couverture qui ne sera donc pas prolongée d'autant.

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 du maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès).

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 5.2**

### *Portabilité de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin*

Dans le cadre des dispositions de l'article 4 de la loi Evin, et sous condition d'avoir bénéficié effectivement du présent régime à compter de l'affiliation de l'entreprise, les garanties frais de santé sont maintenues à l'identique :

- 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 (allocations chômage), 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 (cf. art. 5.1 ci-avant) ;
- 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.

Les tarifs applicables aux personnes susvisées ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, conformément aux conditions fixées par le décret d'application de l'article 4 de la loi Evin.

En outre, cette adhésion, purement facultative, est à la charge du seul bénéficiaire et n'emporte aucune obligation pour l'employeur en matière de cotisations ou de prestations.

## **Article 6**

### *Maintien de la couverture*

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi Evin, les clauses du contrat collectif d'assurance santé conclu au titre du présent régime (quel que soit l'organisme assureur) devront prévoir les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'assureur maintiendra la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux, au profit de la population concernée, sous réserve qu'ils en fassent la demande, avant la fin du délai de préavis, en cas de résiliation ou non-renouvellement dudit contrat.

Dès lors, si ce contrat prend fin, quelle que soit la partie qui en a pris l'initiative, il devra prévoir la possibilité pour l'assuré de souscrire individuellement un contrat frais de santé auprès de l'organisme assureur qui avait pris en charge l'assurance de groupe, qui a été résiliée ou non renouvelée.

## **Article 7**

### *Financement*

### **Article 7.1**

#### *Obligations des entreprises de la branche*

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord, y compris non adhérentes au contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme recommandé, devront respecter une prise en charge à hauteur, *a minima*, de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise.

### **Article 7.2**

#### *Modalités de cotisation auprès de l'organisme recommandé*

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « isolée ».

Parallèlement à la couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit tels que prédéfinis, pour l'ensemble des garanties 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.

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

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

Les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord doivent, *a minima*, garantir le socle obligatoire des garanties conventionnelles.

### **Article 7.3**

#### *Prestations*

Le présent régime est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits solidaires et responsables, conformément 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 minimum de garanties, tel que défini à l'article D. 911-1 du code susvisé, dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

### **Article 7.4**

#### *Garanties présentant un degré élevé de solidarité*

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

A ce titre, le régime de branche a pour vocation de permettre aux entreprises de bénéficier des actions et d'outils à caractère non directement contributif.

A cette fin, le présent accord institue un fonds social dédié au financement des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Conformément aux dispositions réglementaires, 2 % des cotisations sont allouées au financement du fonds social.

En tout état de cause, l'employeur devra affecter 2 % des cotisations – du contrat collectif d'assurance souscrit au titre de la couverture des frais de santé – au financement de prestations présentant un degré élevé de solidarité, quel que soit l'organisme auprès duquel il sera assuré.

#### **7.4.1. Garanties spécifiques à la branche présentant un degré élevé de solidarité**

Par le présent accord sont notamment considérées comme des garanties spécifiques à la branche du commerce de détail de l'horlogerie-bijouterie présentant un degré élevé de solidarité les actions suivantes :

- la prévention des risques psychosociaux et des risques professionnels dans le secteur ;
- l'accompagnement post-traumatique faisant suite à une prise d'otage, un braquage ou des violences graves ;
- une formation à la sécurité et à la sûreté du personnel des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Si toutefois l'employeur n'adhère pas auprès de l'organisme assureur recommandé au titre du présent accord, il devra s'assurer que le contrat collectif qu'il aura souscrit auprès d'un autre assureur prévoit, *a minima*, les prestations présentant un degré élevé de solidarité susmentionnées et que, par ailleurs, 2 % des cotisations sont allouées au financement de ces prestations non directement contributives.



#### 7.4.2. Gestion du fonds social

Il sera créé une association dont la mission consistera à gérer le fonds et à attribuer les actions qu'il finance dans le cadre de la présente recommandation au titre du degré élevé de solidarité.

Afin de simplifier et d'organiser au mieux le fonctionnement du fonds de l'association, les parties signataires adopteront un règlement technique de gestion du fonds d'action sociale de la branche.

En tout état de cause, le fonds social dédié à la branche restera propriété du régime en cas de résiliation du contrat collectif d'assurance souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé.

### Article 8

#### *Commission paritaire nationale de suivi de l'accord frais de santé*

Au titre du suivi de l'application du présent accord, les partenaires sociaux signataires décident d'instituer une commission paritaire nationale de suivi du régime de frais de santé (CPNSFS).

Cette commission est composée de la façon suivante :

- un collège salarié comprenant deux représentants (un titulaire et un suppléant) de chacune des organisations syndicales représentatives dans la branche ;
- un collège employeur comprenant un nombre égal de représentants d'organisations d'employeurs représentatives dans la branche.

Son rôle est de suivre l'application et l'évolution du présent accord et du régime conventionnel de frais de santé.

Au titre de ses différentes missions, il s'agira notamment de :

- piloter paritairement, à l'aide de l'organisme assureur recommandé et éventuellement d'un actuaire conseil, le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation ;

Ce suivi s'effectuera selon un principe de pilotage à l'équilibre de chacun des périmètres du risque.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole technique ;

- proposer et valider l'évolution à la hausse ou à la baisse des garanties et/ou des tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;
- mettre en place, à l'aide de l'organisme assureur recommandé et éventuellement d'un actuaire conseil, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord, en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation ;
- piloter les actions prioritaires relatives au haut degré de solidarité.

Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables. Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.

Il est convenu que cette commission se réunira, dans la mesure du possible, à raison de deux réunions au moins par an.

Les réunions de la commission paritaire nationale de suivi de l'accord de frais de santé et de la commission paritaire nationale de suivi de l'avenant prévoyance seront, autant que possible, réunies sur une même journée ou demi-journée le cas échéant.

## **Article 9**

### *Recommandation de l'organisme assureur*

## **Article 9.1**

### *Choix de l'organisme assureur recommandé*

Au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés de la branche, Umanens – la Mutuelle familiale, union de groupe mutualiste régie par le code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, siège social : 111, rue Cardinet, 75017 Paris composée de :

- la Mutuelle familiale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 784 442 915, siège social : 52, rue de Hauteville, 75010 Paris, assureur, gestionnaire et distributeur ;
- Identités mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 379 655 541, siège social : 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris, réassureur et distributeur ;
- Union nationale Mutualia, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 434 887 386, siège social : Les Mercuriales, 40, rue Jean-Jaurès, 93547 Bagnolet Cedex, réassureur et distributeur ;
- Entis Ré, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 337 682 660, siège social : 39, rue du Jourdil, 74960 Cran-Gevrier, réassureur et distributeur.

## **Article 9.2**

### *Changement d'organisme assureur*

La recommandation est faite par année civile. Elle est renouvelée automatiquement par tacite reconduction, au plus sur une durée de 5 ans.

Cette recommandation peut faire l'objet d'une dénonciation notifiée par l'une ou l'autre des parties signataires moyennant un préavis de 6 mois avant la fin de l'année, soit avant le 30 juin de l'année en cours.

Les présentes dispositions se substituent à toute autre disposition ayant le même objet.

## **Article 10**

### *Réexamen des conditions d'organisation de la recommandation*

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 cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance, pour étudier le rapport spécial de l'organisme recommandé sur les comptes de résultat de la période écoulée et sur les perspectives d'évolution futures du régime.

A l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans le respect de la mutualisation qu'il instaure.

## **Article 11**

### *Convention de gestion*

Un contrat collectif d'assurance et un protocole technique et financier conclus entre les partenaires sociaux et l'organisme recommandé précisent les modalités de mise en œuvre du présent régime de frais de santé.

## **Article 12**

### *Révision et dénonciation*

Le présent accord pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2222-5, L. 2222-6 et L. 2261-7 à L. 2261-13 du code du travail.

Conformément à l'article L. 2261-7 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires. Toute demande de révision, totale ou partielle, devra être présentée sous forme de projet motivé.

Les partenaires sociaux de la branche se réuniront alors dans un délai de 3 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

L'éventuel avenant de révision se substituera de plein droit aux dispositions du présent accord, qu'il modifiera.

Conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de 3 mois.

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L. 2261-9 du code du travail.

L'ensemble des organisations syndicales de salariés et professionnelles agricoles se réunit alors dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis de 3 mois.

L'accord dénoncé continue donc à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

## **Article 13**

### *Publicité et extension*

Conclu pour une durée indéterminée, le présent accord sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

A l'issue du délai d'opposition, l'avenant sera déposé à la DGT et son extension sera demandée. Un exemplaire sera également déposé en conseil des prud'hommes.

## **Article 14**

### *Date d'application*

Le présent accord s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Fait à Paris, le 16 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

Syndicat Saint-Eloi ;  
FNHBJO.

**Syndicats de salariés :**

FNECS CFE-CGC ;  
CSFV CFTC ;  
FS CFDT ;  
FCS CGT.

# ANNEXE I

TABEAU DE GARANTIES

| REMBOURSEMENTS<br>REGIME DE BASE                                    |                                       | REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE<br>(incluant le remboursement du régime de base) |   |   |
|---|---------------------------------------|---|---|---|
| Régime général  | Régime local<br>Alsace<br>Moselle     | Socle national<br>minimum<br>obligatoire  | Options facultatives                                |   |
|   |                                       |   | Option n° 1   | Option n° 2   |
| <b>SOINS COURANTS</b>   |                                       |   |   |   |
| Généraliste / Spécialiste<br>(visite, consultation, majorations...) | 70%                                   | 90%   | 150 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>130 % BR (CAS) | 200 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>180 % BR (CAS) |
| Acte Technique  | 70%                                   | 90%   | 150 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>130 % BR (CAS) | 200 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>180 % BR (CAS) |
| Radiologie (radio, scanner, IRM...)                                 | 70%                                   | 90%   | 150 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>130 % BR (CAS) | 200 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>180 % BR (CAS) |
| Auxiliaire médical (kiné, infirmier, sage-femme...)                 | 60%                                   | 90%   | 150 % BR  | 200 % BR  |
| Analyse médicale <sup>(1)</sup>                                     | 60% ou<br>100%                        | 90% ou<br>100%  | 125 % BR  | 150 % BR  |
| Médecine douce (ostéo, acu, chiro)                                  | -                                     | -   | 30 € / 2 séances / an /<br>bénéficiaire             | 30 € / 4 séances / an /<br>bénéficiaire             |
| Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)               | 0 € à 150 € /<br>an /<br>bénéficiaire | 0 € à 150 € /<br>an /<br>bénéficiaire   | RSS + 25 € / an /<br>bénéficiaire                   | RSS + 50 € / an /<br>bénéficiaire                   |
| Actes de prévention <sup>(2)</sup>                                  | 35% à 70%                             | 35% à 90%   | 100 % BR  | 100 % BR  |
| <b>PHARMACIE</b>  |                                       |   |   |   |
| Pharmacie   | SMR majeur                            | 65%   | 100 % BR  | 100 % BR  |
|   | SMR modéré                            | 30%   | 100 % BR  | 100 % BR  |
|   | SMR faible                            | 15%   | 100 % BR  | 100 % BR  |

BR : Base de Remboursement

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Tous les actes de prévention (cf. 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) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

| REMBOURSEMENTS<br>REGIME DE BASE  |                                   | REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE<br>(incluant le remboursement du régime de base) |   |
|---|-----------------------------------|---|---|
| Régime général  | Régime local<br>Alsace<br>Moselle | Socle national<br>minimum<br>obligatoire  | Options facultatives                                |
|   |                                   | Option n° 1   | Option n° 2   |
| <b>HOSPITALISATION (conventionné ou non)</b>  |                                   |   |   |
| Frais de séjour   | 80% ou 100%                       | 100%  | 100 % BR  |
| Honoraire médical et chirurgical  | 80% ou 100%                       | 100 % BR  | 100 % BR  |
| Dépassements - Honoraire médical et chirurgical   | -                                 | 100 % BR  | 180 % BR (non CAS) <sup>(1)</sup><br>200 % BR (CAS) |
| Forfait Journalier  | -                                 | 100 % FR  | 100 % FR  |
| Forfait de 18 € sur les actes lourds<br>(actes affectés d'un coefficient ≥ 60 ou d'un tarif ≥ 120 €)              | -                                 | 100 % FR  | 100 % FR  |
| Maternité   | -                                 | Néant   | 50 € / jour   |
| Chambre particulière  | -                                 | Néant   | 10 % PMSS   |
| Prime de naissance <sup>(3)</sup>   | -                                 | Néant   | 20 € / jour   |
| Frais accompagnant (moins de 16 ans)  | -                                 | Néant   | 100% BR   |
| Frais de transport  | 65%                               | 100 % BR  | 100% BR   |
| Cure thermique (y/c forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport) | 65% ou 70% 65% ou 90%             | RSS   | 100% BR   |

BR : Base de Remboursement

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur

(1) Médecin signataire ou non signataire d'une Convention d'Accès aux Soins (CAS)

(2) Tous les actes de prévention (cf. 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) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire

(3) Dans la limite des frais réellement engagés

| Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale                         | REMBOURSEMENTS<br>REGIME DE BASE |                                   | REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE<br>(incluant le remboursement du régime de base) |                                       |                                       |             |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------|
|  | Régime<br>général                | Régime local<br>Alsace<br>Moselle | Socle national<br>minimum<br>obligatoire  | Options facultatives                  |                                       | Option n° 2 |
|  |                                  |                                   |   | Option n° 1                           |                                       |             |
| DENTAIRE   |                                  |                                   |   |                                       |                                       |             |
| Soins Dentaires<br>[soins dentaires, soins chirurgicaux, actes techniques,<br>radiographie...]   | 70%                              | 90%                               | 100 % BR  | 100 % BR                              | 100 % BR                              |             |
| Inlays et Onlays (acceptés par le régime de base)  | 70%                              | 90%                               | 100 % BR  | 120 % BR                              | 150 % BR                              |             |
| Prothèses dentaires (acceptées par le régime de base)<br>[prothèses fixes ou amovibles, couronnes, inlay core<br>avec ou sans clavette...] | 70%                              | 90%                               | 125 % BR  | 125% BR + 150 €/ an /<br>bénéficiaire | 125% BR + 300 €/ an /<br>bénéficiaire |             |
| Prothèses dentaires (refusées par le régime de base)<br>[y/c implantologie]  | -                                | -                                 | Néant   | 150 €/ an / bénéficiaire              | 300 €/ an / bénéficiaire              |             |
| Orthodontie (acceptée par le régime de base)   | 70% ou 100%                      | 90% ou 100%                       | 125 % BR  | 150 % BR                              | 200 % BR                              |             |
| Orthodontie (refusée par le régime de base)  | -                                | -                                 | Néant   | 100 €/ an / bénéficiaire              | 200 €/ an / bénéficiaire              |             |

BR : Base de Remboursement

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

CAS : Convention d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

FR : Frais Réels

SMR : Service Médical Rendu

TM : Ticket Modérateur



| REMBOURSEMENTS<br>REGIME DE BASE  |                | REMBOURSEMENTS GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE<br>(incluant le remboursement du régime de base) |  |                                       |
|---|----------------|---|--|---------------------------------------|
| Les garanties du « Socle » et des « options » comprennent les prestations du régime de base de la Sécurité sociale  | Régime général | Régime local<br>Alsace<br>Moselle   | Socle national<br>minimum<br>obligatoire | Options facultatives                  |
|   |                |   | Option n° 1                              | Option n° 2                           |
| OPTIQUE   |                |   |  |                                       |
| Fréquence de prise en charge  | 60%            | 90%   | Tous les 2 ans <sup>(4)</sup>            | Tous les 2 ans <sup>(4)</sup>         |
| Monture seule   | 60%            | 90%   | 100% BR                                  | RSS + 75 €                            |
| 2 verres simples classe (a)   | 60%            | 90%   | RSS + 100 € <sup>(d)</sup>               | RSS + 200 € <sup>(d)</sup>            |
| 2 verres complexes classe (b)   | 60%            | 90%   | RSS + 200 € <sup>(d)</sup>               | RSS + 400 € <sup>(d)</sup>            |
| 2 verres très complexes classe (c)  | 60%            | 90%   | RSS + 200 € <sup>(d)</sup>               | RSS + 400 € <sup>(d)</sup>            |
| 1 verre simple classe (a) + 1 verre complexe classe (b)   | 60%            | 90%   | RSS + 150 € <sup>(d)</sup>               | RSS + 300 € <sup>(d)</sup>            |
| 1 verre simple classe (a) + 1 verre très complexe classe (c)  | 60%            | 90%   | RSS + 150 € <sup>(d)</sup>               | RSS + 300 € <sup>(d)</sup>            |
| 1 verre complexe classe (b) + 1 verre très complexe classe (c)  | 60%            | 90%   | RSS + 150 € <sup>(d)</sup>               | RSS + 300 € <sup>(d)</sup>            |
| Lentilles (acceptées par le régime de base)   | 0% ou 60%      | 0% ou 90%   | 100% BR                                  | 100% BR + 75 €                        |
| Lentilles (refusées par le régime de base)  | -              | -   | Néant                                    | 75 €                                  |
| AUTRES FRAIS MEDICAUX   |                |   |  |                                       |
| Prothèse auditive   | 60%            | 90%   | 100 % BR                                 | 100% BR + 100 €/ an /<br>bénéficiaire |
| Autres prothèses (hors dentaire)  | 60%            | 90% ou 100%   | 100 % BR                                 | 150 % BR                              |
| <div>(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles</div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>Verres simples classe (a) : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries</li><li>Verres complexes classe (b) : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre &gt; + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs</li><li>Verres très complexes classe (c) : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries</li></ul></div> <div>(d) Y compris forfait monture</div> |                |   |  |                                       |

BR : Base de Remboursement  
 RSS : Remboursement de la Sécurité sociale  
 CAS : Convention d'Accès aux Soins  
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale  
 FR : Frais Réels  
 SMR : Service Médical Rendu  
 TM : Ticket Modérateur

(4) Prise en charge tous les 2 ans sauf pour les mineurs, sauf changement d'acuité visuelle et sauf pour les lentilles

- **Verres simples classe (a)** : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre ≤ + 4,00 dioptries
- **Verres complexes classe (b)** : verres unifocaux dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre > + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs
- **Verres très complexes classe (c)** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(d) Y compris forfait monture

## ANNEXE II

GRILLE TARIFAIRE. – ORGANISME ASSUREUR RECOMMANDÉ

# 2016, 2017, 2018

Le montant des cotisations dépend du régime dont relève l'entreprise :  
**Régime Général**

|                         | BASE<br>(= régime collectif<br>obligatoire dans l'entreprise) |  |  | BASE INTERMÉDIAIRE<br>(= régime collectif<br>obligatoire dans l'entreprise) |  | BASE AMÉLIORÉE<br>(= régime collectif<br>obligatoire dans l'entreprise) |
|-------------------------|---|--|--|---|--|---|
|                         | Base<br>collectif<br>(régime<br>obligatoire)                  | Base<br>Intermédiaire<br>(Option 1<br>facultative) | Base<br>améliorée<br>(Option 2<br>facultative) | Base<br>Intermédiaire<br>(régime collectif<br>obligatoire)                  | Base<br>améliorée<br>(Option 2<br>facultative) |   |
| Salarié                 | <b>25,60€</b>   | +17,90€  | +31,81€  | <b>43,50€</b>   | +13,91€  | <b>57,41€</b>   |
| + Conjoint (facultatif) | 29,44€  | +20,36€  | +33,80€  | 49,80€  | +13,44€  | 63,24€  |
| + Enfant (facultatif)   | 15,36€  | +10,74€  | +19,09€  | 26,10€  | +8,35€   | 34,45€  |

## Régime Local (Alsace-Moselle)

|                         | BASE<br>(= régime collectif<br>obligatoire dans l'entreprise) |  |  | BASE INTERMÉDIAIRE<br>(= régime collectif<br>obligatoire dans l'entreprise) |  | BASE AMÉLIORÉE<br>(= régime collectif<br>obligatoire dans l'entreprise) |
|-------------------------|---|--|--|---|--|---|
|                         | Base<br>collectif<br>(régime<br>obligatoire)                  | Base<br>Intermédiaire<br>(Option 1<br>facultative) | Base<br>améliorée<br>(Option 2<br>facultative) | Base<br>Intermédiaire<br>(régime collectif<br>obligatoire)                  | Base<br>améliorée<br>(Option 2<br>facultative) |   |
| Salarié                 | <b>10,95€</b>   | +10,38€  | +23,31€  | <b>21,33€</b>   | +12,93€  | <b>34,26€</b>   |
| + Conjoint (facultatif) | 11,83€  | +9,50€   | +22,43€  | 21,33€  | +12,93€  | 34,26€  |
| + Enfant (facultatif)   | 8,08€   | +8,98€   | +15,93€  | 17,06€  | +6,95€   | 24,01€  |

Selon le régime collectif choisi par l'employeur, les cotisations pour les options et les ayants droit facultatifs sont à la seule charge du salarié et viennent en complément de la cotisation de base (en gras dans le tableau). La prise en charge employeur s'applique sur la seule cotisation en gras. Le montant des cotisations est valable pour 3 ans, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, sauf désengagement de la Sécurité sociale.