

Brochure n° 3286

Convention collective nationale

IDCC : 1982. – **NÉGOCE ET PRESTATIONS DE SERVICES
DANS LES DOMAINES MÉDICO-TECHNIQUES**

ACCORD DU 2 DÉCEMBRE 2015

RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ

NOR : ASET1650169M

IDCC : 1982

PRÉAMBULE

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

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

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisation négociés et maintenus pendant 2 ans ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, l'adaptation, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

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

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

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

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

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2015 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé) au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective du négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques (IDCC 1982).

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

Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale au 1^{er} janvier 2016 relève du champ d'application professionnel de la convention collective, tel qu'il est défini à l'article 1^{er} de la convention. Il s'applique dans les départements français de la métropole ainsi que les DOM, DROM et COM, dont Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 2

Hierarchie des normes et accords d'entreprise

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

PARTIE 1

RÉGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Article 3

Bénéficiaires du régime professionnel de santé et dispenses d'affiliation

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

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

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

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

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

Article 3.2

Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

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

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

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

Article 3.3

Modalités de mise en œuvre des dispenses

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

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

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie « frais de santé ». Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

Cette adhésion sera révocable, sur justificatifs, à dates fixes : le 1^{er} janvier ou le 1^{er} septembre de chaque année.

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

Article 3.4

Cas particulier de bénéficiaires à titre gratuit

Les salariés en congés de maternité ou de paternité et en congés parentaux à temps plein bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation (part employeur comme salarié) au titre de la « base obligatoire conventionnelle » par la solidarité du régime professionnel de santé.

Article 3.5

Autres bénéficiaires

Les ayants droit du salarié, tels que définis ci-dessous, ont accès aux mêmes garanties que le salarié, sous réserve des conditions exposées ci-après.

Article 3.5.1

Définition des ayants droit

Sont ayants droit du salarié bénéficiaire :

- le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ;
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du participant :
 - les enfants du salarié de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans et être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 26 ans, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA ;
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ;
- les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Article 3.5.2

Caractère facultatif de l'affiliation des ayants droit

Le régime professionnel de santé permet au salarié de couvrir sa famille à charge à titre facultatif.

L'affiliation des ayants droit étant facultative, le salarié peut étendre la couverture de la garantie santé dont il bénéficie à :

- son conjoint, concubin ou pacsé, tel que défini ci-dessus ;
- et/ou
- à son (ses) enfant(s) à charge, tels que définis ci-dessus.

Dans ce cas, les ayants droit du salarié bénéficieront du même niveau de garanties que le salarié. Leur couverture donnera lieu au paiement des cotisations y afférentes dans les conditions stipulées à l'article 6.

Le bénéfice des garanties prend effet en fonction des dispositions de l'article 4.

Article 4

Garanties du régime professionnel de santé

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

Excepté pour les garanties assistance, les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 4.1.2.

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

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

Garanties supplémentaires aux garanties prévues dans la base obligatoire conventionnelle (option)

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

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

Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès des organismes recommandés à l'article 9.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Les modalités de choix de l'option par le salarié sont les suivantes :

- accès à une option supérieure :
 - au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est reçue par l'organisme assureur avant le 1^{er} novembre de l'année précédente ;
 - au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande en cas de changement de situation familiale, sous réserve que la demande soit reçue par l'organisme assureur dans les 3 mois de ce changement ;
- retour à une option inférieure :
 - au 1^{er} janvier de chaque année si le salarié peut justifier de 3 ans d'affiliation à la précédente option et si la demande est reçue par l'organisme assureur avant le 1^{er} novembre de l'année précédente ;
 - au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande en cas de changement de situation familiale, sous réserve que la demande soit reçue par l'organisme assureur dans les 3 mois de ce changement.

Ouverture des droits aux garanties du régime professionnel de santé

Concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

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

Lorsque l'adhésion du salarié et de sa famille à charge est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts :

- à la même date que ceux du salarié ;
- à la date du changement de situation familiale dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale, sous réserve que l'organisme assureur reçoive la demande dans les 3 mois qui suivent ce changement. A défaut, l'affiliation de l'ayant droit prendra effet au premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation par l'organisme assureur.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par « changement de situation familiale » tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'ayant droit du salarié, telle que définie au présent accord, ou de mettre un terme à cette qualité. Il peut notamment s'agir d'un mariage, de la conclusion d'un Pacs ou de la naissance d'un enfant.

Article 4.1

Garantie frais de santé du régime professionnel de santé

Article 4.1.1

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

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

	BASE OBLIGATOIRE du régime professionnel de santé	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
Hospitalisation (*)		
Frais de séjour conventionné ou non	150 % BR	300 % BR
Honoraires conventionnés ou non, facturés par un médecin adhérent au CAS (**)	150 % BR	300 % BR
Honoraires conventionnés ou non, facturés par un médecin non adhérent au CAS (**)	130 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier (y compris actes lourds)	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	80 € par jour	80 € par jour
Lit accompagnant	32 € par jour	32 € par jour
Transport	100 % BR	100 % BR
Soins courants (*)		
Consultations/visites médecins ⁽¹⁾	125 % BR	150 % BR

	BASE OBLIGATOIRE du régime professionnel de santé	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	125 % BR	150 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR	150 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ⁽¹⁾	125 % BR	150 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
⁽¹⁾ Complément pour les médecins adhérents au CAS ^(**)	+ 25 % BR	+ 50 % BR
Pharmacie (*)		
Toutes vignettes (y compris orange)	100 % TM	100 % TM
Dentaire (*)		
Soins dentaires (hors inlays, onlays)	125 % BR	125 % BR
Prothèses dentaires inlays, onlays acceptées par la sécurité sociale	250 % BR	350 % BR
Implants refusés par la sécurité sociale	–	508 €
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	250 % BR	350 % BR
Optique		
Un remboursement tous les 2 ans pour les adultes sauf évolution de la vision médicalement constatée ^(***)		
Verre blanc sphéro-cylindrique :		
– dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	78 €	110 €
– autres verres	100 €	140 €
Verre blanc sphérique multifocal :		
– dont la sphère est entre – 4,00 et + 4,00 dioptries	125 €	185 €
– dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries	150 €	250 €
Verre blanc sphéro-cylindrique multifocal :		
– dont la sphère est entre – 8,00 et + 8,00 dioptries	130 €	195 €
– dont la sphère est hors zone entre – 8,00 et + 8,00 dioptries	200 €	300 €
Monture	127 €	150 €
Lentilles acceptées par la sécurité sociale ou non par an	159 €	222 €
Chirurgie réfractive (pour les deux yeux par an)	254 €	381 €
Actes hors nomenclature (*)		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, sevrage tabagique, moyens contraceptifs et vaccins prescrits mais non remboursés (par personne)	100 % de la dépense dans la limite d'un forfait de 60 € par an	100 % de la dépense dans la limite d'un forfait de 120 € par an
Autres (*)		
Actes de prévention	100 % BR	100 % BR
Forfait maternité/adoption	317 €	476 €

	BASE OBLIGATOIRE du régime professionnel de santé	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
Cure thermale acceptée par la sécurité sociale	100 % BR	317 €
Prothèses médicales orthopédiques et autres	200 % BR	200 % BR
Prothèses auditives	200 % BR	500 % BR
FR : frais réels. BR : base de remboursement de la sécurité sociale (restituée pour actes non acceptés). (*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables – prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la sécurité sociale. (**) Contrat d'accès aux soins conclu entre l'assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. (***) L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf évolution de la vision médicalement constatée et hors enfant de moins de 18 ans. Dans ces deux cas, il est fait application d'un remboursement tous les ans.		

Article 4.1.2

Limites et exclusions de garanties

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

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

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

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

Article 4.2

Actes de prévention du régime professionnel de santé

Comme l'indique le tableau des prestations de l'article 4.1.1, le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention à la hauteur du ticket modérateur.

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

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	Oui
Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	Oui
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de 14 ans)	Oui
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	Oui

Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus : Audiométrie tonale ou vocale Audiométrie tonale avec tympanométrie Audiométrie vocale dans le bruit Audiométrie tonale ou vocale Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie	Oui
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limité aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	Oui
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) <i>Haemophilus influenzae</i> B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	Oui

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

Article 4.3

Garantie assistance santé du régime professionnel de santé

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

Article 5

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

Article 5.1

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

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

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

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

- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

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

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement, des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de Pôle emploi, de décès).

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

Article 5.2

Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou aux ayants droit

Article 5.2.1

Bénéficiaires de ce maintien

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Article 5.2.2

Conditions de ce maintien

Les taux de cotisation des bénéficiaires visés à l'article ci-dessus sont définis au point 1 de l'article 6.1 du présent accord.

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

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

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

La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.3

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

Article 5.3.1

Suspension des garanties du régime professionnel de santé

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés non rémunérés, ni indemnisés dont le contrat de travail est suspendu à l'exception des cas mentionnés à l'article 3.4 (congrés de maternité, de paternité et congé parental).

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Cependant, à la demande des salariés, les garanties du présent régime peuvent être maintenues. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires définies au point 2 de l'article 6.1.

Article 5.3.2

Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières de la sécurité sociale pour maladie, accident, ou d'adoption.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes (salariales et patronales).

Article 6

Cotisation

Article 6.1

Taux de cotisation du régime professionnel de santé

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

Afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonc-

tions, les cotisations des salariés bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle sont réduites en conséquence.

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

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Cotisations dues par personne assurée		Cotisations dues par personne assurée	
	Base obligatoire	Option facultative en surcoût de la base	Base obligatoire	Option facultative en surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,46	+ 0,49	0,98	+ 0,49
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 1,57	+ 0,49	+ 1,04	+ 0,49
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 0,90	+ 0,21	+ 0,59	+ 0,21
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.				

Soixante pour cent de la cotisation du salarié seul sont pris en charge par l'employeur sur la « base obligatoire » du régime professionnel de santé.

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

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient du régime professionnel de santé au même niveau de garantie que lui : soit la « base obligatoire » du régime professionnel de santé, soit l'« option ».

Les cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

Si l'entreprise le souhaite, elle peut également choisir, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise :

- d'améliorer la couverture obligatoire du régime professionnel de santé en souscrivant l'« option » à titre obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul (« salarié seul à titre obligatoire ») ;

Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
	Cotisations dues par personne assurée	Cotisations dues par personne assurée
	Option obligatoire dans l'entreprise	Option obligatoire dans l'entreprise
Salarié seul en obligatoire	1,91	1,43
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+ 2,02	+ 1,49
Affiliation facultative par enfant à charge (*)	+ 1,09	+ 0,78
(*) Gratuité de la cotisation à partir du 3 ^e enfant.		

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

2. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par les articles 5.2.1 et 5.3 est égale à :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Cotisations dues par personne assurée		Cotisations dues par personne assurée	
	Base du régime professionnel de santé	Option	Base du régime professionnel de santé	Option
Salarié en suspension de contrat de travail non rémunérée	1,46	1,91	0,98	1,43
Ancien salarié non bénéficiaire d'une pension de retraite	1,90	2,49	1,27	1,86
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite	2,19	2,86	1,47	2,14
Conjoint au sens de l'article 3.5.1	2,19	2,86	1,47	2,14
Enfant au sens de l'article 3.5.1	1,17	1,42	0,76	1,01

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

3. Maintien des taux de cotisation

Les taux de cotisation du présent article sont maintenus pour une durée de 2 années hormis en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou de désengagement de la sécurité sociale venant modifier les conditions d'équilibre du régime professionnel de santé.

A l'issue, les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire dans les limites prévues par la loi.

Afin de favoriser la montée en charge du régime professionnel de santé, un taux d'appel des cotisations est mis en œuvre pendant 1 année.

Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016, les cotisations seront appelées à hauteur de 90 % des taux fixés aux 1 et 2 du présent article.

Article 6.2

Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur indicative pour 2016 de 3 218 €).

Article 7

Degré élevé de solidarité du régime professionnel

Le régime professionnel prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés qui bénéficient des garanties de la branche professionnelle le bénéfice d'une action sociale par l'organisme assureur, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

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

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et au décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel, est également mis en œuvre.

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel prévoit :

- le financement de la cotisation des salariés en congés de maternité ou de paternité et en congés parentaux à temps plein tel que défini par l'article 3.4 ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés.

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

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

Article 8

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

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

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

Les entreprises ayant déjà mis en place un régime collectif à caractère obligatoire couvrant les garanties santé bénéficient d'un délai jusqu'au 1^{er} juillet 2017 pour adapter leur couverture et se mettre ainsi en conformité.

Le choix des organismes recommandés visés à l'article 9 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, maintiens, droits non contributifs...

Les entreprises n'ayant pas rejoint les organismes recommandés ne peuvent changer d'assureur ni modifier le contrat couvrant les salariés que dans le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur et sous réserve de satisfaire aux vérifications visées à l'article 14.

Article 8.1

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

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

Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par le régime professionnel ou financées pour plus de 60 % par l'entreprise, les garanties santé et leur financement sont déterminés selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 8.2

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

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

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

- chaque garantie mise en place dans l'entreprise soit supérieure ou égale aux garanties du régime professionnel de santé ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale à 60 % ;
- la participation patronale représente au moins 60 % de la cotisation du régime professionnel de santé « base minimum conventionnelle obligatoire » pour le salarié seul ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 7 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques ;
- les salariés en congés de maternité ou de paternité et en congés parentaux bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation telle que définie à l'article 3.4 ;
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties y compris pour les anciens salariés soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

Article 8.3

Détermination de la conformité d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé (art. 8.2) et l'adapter d'ici au 1^{er} juillet 2017 conformément aux dispositions suivantes :

1. Le contrat couvrant l'entreprise doit garantir tous les salariés présents et futurs tels que définis par le présent accord (absence de condition d'ancienneté minimale, dispenses d'affiliation) ;
2. La couverture doit être solidaire et responsable selon les définitions du régime professionnel de santé ;
3. La situation individuelle de tout salarié couvert antérieurement au 1^{er} janvier 2016 doit être comparée aux dispositions du régime professionnel de santé défini par le présent accord :
 - s'il ne bénéficie pas d'une prestation prévue par le régime professionnel, il faudra inclure celle-ci dans le contrat collectif en prévoyant un financement patronal égal à 60 % ;
 - lorsqu'un poste de garantie composé des prestations définies par le régime professionnel existe déjà, il faudra comparer son quantum (liste des prestations du régime professionnel de santé de l'article 4) et son financement en fonction de la ventilation par poste définie ci-après :
 - a) Si le quantum est inférieur au barème conventionnel, il doit être mis à niveau et la part patronale doit être le cas échéant augmentée, pour respecter la règle du financement à 60/40 ;
 - b) Si le quantum est supérieur au barème conventionnel, il doit être maintenu et la part patronale correspondant au barème conventionnel doit être, le cas échéant, augmentée pour respecter la règle du financement à 60/40 ;
 - les prestations précédemment en place et non prévues dans le panier conventionnel sont maintenues ainsi que leur mode de financement ;

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

(En pourcentage.)

Libellé du poste	ALLOCATION MINIMUM PAR POSTE DE PRESTATIONS en pourcentage de la cotisation de la base obligatoire du régime professionnel de santé pour le salarié seul	
	Régime général	Régime local
Hospitalisation	10	10
Soins courants	22	13
Pharmacie	14	8
Dentaire	21	31
Optique	9	12
Actes hors nomenclature	2	1
Autres	7	10

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

Les vérifications ci-dessus seront normalement effectuées dans la même forme que celle qui avait présidé à la mise en place initiale de la couverture, déterminée selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

En présence de délégués syndicaux, elles peuvent donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du régime professionnel.

PARTIE 2

MUTUALISATION PROFESSIONNELLE

Article 9

Organismes assureurs recommandés pour la mutualisation professionnelle

Les organismes recommandés pour l'assurance et la gestion des garanties de santé prévues par le présent accord de branche sont APGIS et Malakoff Médéric Prévoyance, institutions de prévoyance, régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

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

- ils s'obligent à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elles emploient ;
- ils s'interdisent de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

Les organismes recommandés sont mandatés par les partenaires sociaux pour contrôler l'application du régime professionnel de la branche dans les conditions définies à l'article 14 du présent accord.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès d'APGIS et de Malakoff Médéric Prévoyance, dès le 1^{er} janvier 2016, les garanties « frais de santé » conformes aux prescriptions du régime professionnel de la branche.

Les organismes recommandés sont choisis pour gérer, pour les entreprises ayant adhéré auprès d'eux, sur délégation des partenaires sociaux, le fonds de solidarité défini à l'article 12.

Article 10

Durée et conditions de réexamen des organismes recommandés

Les organismes sont recommandés pour une durée de 5 ans maximum.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont au réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 5 ans à partir de l'entrée en vigueur du régime professionnel au 1^{er} janvier 2016.

Article 11

Comptes de résultats et rapport annuel

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

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

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

Les organismes recommandés produisent également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre prévu par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 12

Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations de la « base conventionnelle minimum obligatoire » définies à l'article 6 versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord et ayant choisi les organismes assureurs recommandés à l'article 9.

Il garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel définies par l'article 7.

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

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultats définis à l'article 11, sur décision annuelle de la commission paritaire de surveillance après concertation avec l'organisme assureur recommandé.

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

- de déterminer les modalités, notamment les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidées par les partenaires sociaux de la branche ;
- la réalisation de la politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salariés de la branche et de prévention dans le respect de la solidarité du régime professionnel déterminée à l'article 7.

Article 13

Pilotage paritaire de la mutualisation

Il est institué au sein de la profession une commission paritaire de surveillance du régime professionnel composée de deux membres de chaque organisation syndicale représentative des salariés et d'autant de membres représentant le collège patronal, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La commission paritaire de surveillance exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la commission paritaire nationale, qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

La présidence de cette commission et la fonction de secrétaire sont assurées par le président de la commission paritaire nationale ou par un représentant désigné par lui pour le remplacer.

La commission paritaire de surveillance définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.

Article 13.1

Rôle de la commission paritaire de surveillance

La commission paritaire de surveillance a notamment pour rôles :

- l'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime professionnel ainsi que les dispositions contractuelles proposées par les organismes assureurs recommandés ;
- l'étude de l'évolution des garanties « frais de santé » et des conditions de maintien de celles-ci ;
- l'examen des comptes de résultats et bilan financier produits par les organismes assureurs recommandés ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix des organismes recommandés ;
- la négociation avec les organismes recommandés notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude pour favoriser l'accès des entreprises adhérentes à la branche professionnelle ;
- l'étude des statistiques demandées aux organismes assureurs recommandés pour la qualité de service et gestion ;
- la décision d'affectation pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;
- la définition du degré élevé de solidarité du régime professionnel et son pilotage mis en œuvre par les organismes assureurs recommandés ;
- l'éventuelle étude des cas sociaux difficiles.

Pour toutes ces tâches, la commission paritaire de surveillance peut demander l'aide d'experts.

Article 13.2

Réunions

La commission paritaire de surveillance se réunit au minimum deux fois par an sur convocation du secrétariat et en tant que de besoin à la demande d'une organisation signataire.

Les décisions se prennent à la majorité des voix.

Article 14

Application du régime professionnel de santé

Les organismes recommandés par les partenaires sociaux à l'article 9 sont mandatés par le présent accord pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires afin de garantir l'application du régime aux salariés et entreprises de la branche.

Ils sont habilités, sous le contrôle de la commission paritaire nationale, à vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie « frais de santé » auprès de lui à la date du 1^{er} janvier 2016. Ils peuvent notamment leur demander :

- tous justificatifs relatifs à la situation des entreprises ;
- la remise des notices d'information relatives à la nature des garanties et aux modalités de couverture des bénéficiaires ;
- la production de tout justificatif attestant la mise en œuvre du degré élevé de solidarité défini par l'article 7.

Les organismes recommandés peuvent, en cas d'absence de réponse ou de non-conformité de leur régime, délivrer une mise en demeure les alertant sur :

- les exigences du présent accord ;
- les risques encourus par l'entreprise.

La commission paritaire nationale est tenue informée des mises en demeure et des suites données par les entreprises défaillantes. Les entreprises qui reçoivent une mise en demeure relative à une non-conformité doivent en informer leur organisme assureur.

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

Les organisations professionnelles et syndicales de salariés sont fondées à obtenir en justice l'exécution du présent accord conformément aux articles L. 2262-4 et L. 2262-9 et suivants du code du travail.

Article 15

Structure de cotisation alternative facultative

Une structure de cotisation alternative dite « famille sociale » a été définie par les partenaires sociaux pour répondre aux demandes des entreprises, notamment celles déjà dotées dans le cadre de couvertures familiales et ainsi favoriser la mutualisation professionnelle. Elle bénéficie de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès des organismes recommandés.

L'accès et la mise en œuvre de cette structure de cotisation font l'objet d'une contractualisation avec les organismes assureurs recommandés (règles de souscription).

Si l'entreprise le souhaite, elle peut choisir, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise, de faire bénéficier au salarié et à ses ayants droit à charge à titre obligatoire (« famille sociale en obligatoire ») de la couverture du régime professionnel de santé ou de l'« option ».

En fonction du niveau de garanties souscrit par l'entreprise, le salarié peut, à sa charge exclusive, choisir :

- de couvrir son conjoint non à charge tel que défini par le présent accord ;
- d'être garanti au titre de l'« option ».

Les conditions tarifaires de la structure de cotisation alternative facultative sont les suivantes :

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL		RÉGIME LOCAL	
	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option facultative en surcoût de la base	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option facultative en surcoût de la base
Famille sociale en obligatoire	2,52	+ 0,80	1,68	+ 0,80
Affiliation facultative conjoint non à charge	+ 1,57	+ 0,49	+ 1,04	+ 0,49

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

(En pourcentage.)

	RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME LOCAL
	Option obligatoire dans l'entreprise	Option obligatoire dans l'entreprise
Famille sociale en obligatoire	3,27	2,44
Affiliation facultative conjoint non à charge	+ 2,02	+ 1,49

Article 16

Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 17

Entrée en vigueur

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

Article 18

Notification. – Dépôt. – Extension

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

Fait à Paris, le 2 décembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

UNPDM.

Syndicats de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

UNSA FCS ;

FSS CFTC.