

Brochure n° 3033

Convention collective nationale

IDCC : 635. – NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES

ACCORD DU 13 OCTOBRE 2015

RELATIF À L'INSTAURATION D'UN RÉGIME PROFESSIONNEL
DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

NOR : ASET1650430M

IDCC : 635

PRÉAMBULE

Dans le cadre et conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont rencontrés et entendus pour créer un régime de protection sociale complémentaire pour la couverture des garanties « frais de santé » (complémentaire santé) et des garanties « prévoyance » (arrêt de travail, décès) au sein de la branche, complétant ainsi leur politique sociale.

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

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

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

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

En outre, le présent accord permet aujourd'hui de proposer une complémentaire santé respectant la réglementation des contrats responsables. Il favorise également le respect des obligations nées de la convention collective nationale des cadres de 1947 tout en offrant à tout salarié de la branche, cadre ou non cadre, une couverture prévoyance identique face aux risques lourds que sont l'arrêt de travail et le décès.

Il inclut le financement du maintien temporaire de la couverture au bénéfice des anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage, dénommé portabilité.

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

Article 1^{er}

Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené en 2015 conformément à la procédure définie par le décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de protection sociale complémentaire au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective du négoce en fournitures dentaires (IDCC 635).

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 négociants en fournitures dentaires inscrits à l'INSEE sous le numéro 767-6 pour l'ensemble du territoire de la France métropolitaine, les départements et régions d'outre-mer (DROM), les collectivités d'outre-mer (COM) et les pays d'outre-mer (POM).

Le numéro INSEE est donné à titre indicatif, l'activité principale de négociant en fournitures dentaires déterminant l'application du présent accord.

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 protection sociale complémentaire 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 en tout ou partie les droits et obligations nés du régime professionnel de protection sociale complémentaire visé par le présent accord.

PARTIE 1

Régime professionnel de protection sociale complémentaire

Article 3

Bénéficiaires à titre obligatoire et dispenses d'affiliation

Article 3.1

Bénéficiaires

Le présent régime et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord dès la date d'effet de ce dernier ou dès leur date d'embauche si celle-ci est postérieure.

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

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

Article 3.2

Dispenses admises pour les garanties santé

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 ;
- 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 annuelle du contrat individuel même en cas de clause de renouvellement tacite ;
- 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 (*Journal officiel* du 8 mai 2012), notamment les salariés à employeurs multiples couverts par ailleurs à titre obligatoire.

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

Article 3.3

Modalités de mise en œuvre des dispenses

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

Cet écrit précise obligatoirement leur refus d'adhésion et le motif exact de ce refus parmi les cas listés à l'article 3.2 et sera accompagné de tous les justificatifs nécessaires. Il devra parvenir à l'employeur dans les 15 jours suivant la date à laquelle son affiliation aurait dû prendre effet en application de l'article 3.1 ci-dessus.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion aux garanties « frais de santé » du régime professionnel.

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

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

Article 4

Garanties

Les garanties prévues par le présent régime comprennent :

- une garantie dite « prévoyance » définie à l'article 4.1 ;
- une garantie dite « frais de santé » définie à l'article 4.2.

Pour ouvrir droit aux garanties, l'événement doit survenir au cours de la période de couverture, ce qui signifie que :

- le régime doit toujours être en vigueur dans l'entreprise ;
- le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord.

Article 4.1

Garantie « prévoyance » du régime professionnel

La cotisation à la garantie « prévoyance » du régime fait bénéficier le salarié de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel :

- la garantie « incapacité de travail temporaire » ;
- la garantie « invalidité permanente » ;
- la garantie « capital décès » ;
- la garantie « rente éducation » ;
- la garantie « rente temporaire de conjoint » ;
- la garantie « rente viagère de conjoint » ;
- la garantie « frais d'obsèques » ;
- la garantie « assistance ».

Article 4.1.1

Incapacité de travail temporaire

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

Elles sont versées en complément et relais des obligations de maintien de salaire légales et/ou conventionnelles. Le montant des prestations est égal à 75 % du salaire de référence sous déduction des indemnités journalières versées par la sécurité sociale.

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

Article 4.1.2

Invalidité permanente

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

Pour le salarié classé en 1^{re} catégorie d'invalidité ou dont le taux d'incapacité permanente est de 33 % à 65 %, le montant de cette pension est fixé à 50 % du salaire de référence sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

Pour le salarié classé en 2^e ou 3^e catégorie d'invalidité ou dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 66 %, le montant de cette pension est fixé à 100 % du salaire de référence sous déduction de la pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.

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

Article 4.1.3

Capital décès

1. Décès toutes causes

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

- 160 % du salaire de référence pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge ;
- 230 % du salaire de référence pour un salarié marié, pacsé ou en concubinage sans ou avec enfant à charge ;
- 230 % du salaire de référence pour un salarié célibataire veuf ou divorcé avec enfant à charge.

Ce capital est augmenté de 60 % du salaire de référence par enfant à charge du salarié décédé.

Sauf désignation expresse d'un ou de plusieurs bénéficiaires, le capital est versé dans l'ordre de priorité suivant :

- au conjoint du salarié, non séparé de droit et de corps par jugement définitif ;
- à défaut, à la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, au concubin ;
- à défaut, aux enfants du salarié, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux ascendants à charge du salarié, à parts égales entre eux ;
- à défaut, aux parents de l'assuré et, en cas de décès de l'un d'entre eux, au survivant pour la totalité ;
- à défaut, aux héritiers de l'assuré, à proportion de leur part héréditaire.

2. Garantie du double effet

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

3. Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

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

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

- 290 % du salaire de référence pour un salarié célibataire, veuf ou divorcé sans enfant à charge ;

- 230 % du salaire de référence pour un salarié marié, pacsé ou en concubinage sans ou avec enfant à charge ;
 - 230 % du salaire de référence pour un salarié célibataire veuf ou divorcé avec enfant à charge.
- Ce capital est augmenté de 60 % du salaire de référence par enfant à charge du salarié.

Article 4.1.4

Rente éducation

En cas de décès du salarié, il est versé une rente temporaire d'éducation à chaque enfant à charge répondant aux conditions prévues à l'article 4.1.9 du présent accord, à la date du décès du salarié.

Elles sont servies pour chaque enfant à charge, à la date du décès et calculées en pourcentage du salaire de référence.

Elles sont fixées à :

- 6 % jusqu'au 12^e anniversaire de l'enfant ;
- 9 % au-delà du 12^e anniversaire et jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant ;
- 12 % au-delà du 18^e anniversaire et jusqu'au 26^e anniversaire de l'enfant sous réserve de poursuite d'études conformément aux conditions de l'article 4.1.9 du présent accord.

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

Article 4.1.5

Rente temporaire de conjoint

En cas de décès du salarié, il est versé à son conjoint, pacsé, ou concubin, une rente temporaire.

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

Cette rente est versée jusqu'au dernier jour du trimestre pendant lequel le bénéficiaire a atteint l'âge légal de liquidation de sa retraite à taux plein.

Article 4.1.6

Rente viagère de conjoint

En cas de décès du salarié, il est versé à son conjoint, pacsé, ou concubin, une rente viagère.

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

La rente viagère prend effet au jour du décès du salarié. Elle est versée jusqu'au décès du bénéficiaire de la rente.

Article 4.1.7

Frais d'obsèques

Il est versé une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès du salarié, ainsi qu'en cas de décès du conjoint, ou partenaire de Pacs, ou concubin, ainsi que d'un enfant à charge.

Son montant, calculé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date du décès, est égal à 100 % du PMSS (valeur indicative de 3 170 € en 2015).

Les frais d'obsèques sont limités aux frais réels en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.

Article 4.1.8

Assistance

Le salarié bénéficie d'une garantie dite « assistance » notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès.

Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges ou suite à un décès.

Article 4.1.9

Situation de famille

Pour le calcul et/ou le bénéfice des prestations définies aux articles 4.1.1 à 4.1.7, il faut entendre par :

- le conjoint : l'époux(se) de l'assuré(e), non-séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e) par un jugement définitif.
- le partenaire lié par un Pacs : la personne, quel que soit son sexe, ayant conclu avec l'assuré un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du code civil, sous réserve qu'il ne soit pas rompu de fait à la date du sinistre ;
- le concubin : la personne, quel que soit son sexe, vivant au même domicile que l'assuré, de façon notoire et permanente depuis au moins 2 ans à la date de l'événement ouvrant droit à prestations sous réserve que les concubins ne soient, ni l'un ni l'autre, mariés ou liés par un Pacs ; aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union ;

Les enfants à charge : sont considérés comme tels, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus, remplissant les conditions suivantes :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26^e anniversaire et sous conditions, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels ou technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi : inscrit auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- la prestation est versée sans limitation de durée au bénéficiaire lorsque l'enfant à charge au moment du décès du participant est reconnu en invalidité équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé ou tant qu'il est titulaire de la carte d'invalidité civile.

Cet état d'invalidité doit être reconnu avant la limite de versement de la rente éducation prévue contractuellement.

Sont également considérés comme à charge les enfants de l'assuré à naître et nés viables, ainsi que les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux du conjoint ou partenaire lié par un Pacs ou concubin de l'assuré, de l'ex-conjoint éventuel, répondant aux conditions précitées, qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Article 4.1.10

Salaire de référence

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations déterminées aux articles 4.1.1 à 4.1.6 est égal aux salaires bruts versés durant les 12 derniers mois civils précédant immédiatement le décès ou l'arrêt de travail et ayant donné lieu à cotisation au cours de cette même période.

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

Il est limité au plafond de la tranche B des salaires, soit quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Pour les salariés ayant moins de 12 mois civils d'activité au moment du décès ou de l'arrêt de travail, le salaire de référence est reconstitué sur une base annuelle en se référant à la période effective d'emploi précédant l'arrêt de travail ou le décès, proratisée sur 12 mois.

Article 4.1.11

Limites et exclusions de garanties

La garantie « prévoyance » du régime professionnel telle que définie précédemment ne s'applique pas dans les cas suivants :

- pour les garanties décès, rente éducation, rente de conjoint temporaire, rente de conjoint viager, les risques garantis ne sont pas couverts si le décès résulte :
 - directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
 - du suicide du salarié au cours de la première année d'affiliation au présent contrat d'assurance collective ;
 - de faits de guerre lorsque la France est partie belligérante, sauf conditions particulières qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- pour les garanties « perte totale et irréversible d'autonomie » (4.1.3), incapacité temporaire de travail et invalidité permanente les risques garantis sont couverts, à l'exclusion de ceux résultant :
 - de navigation aérienne survenue en dehors des lignes commerciales ;
 - du fait du salarié s'il était conducteur sous l'emprise de boissons alcoolisées à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal défini par le code de la route, ou de la constatation, au jour du sinistre, de l'usage par le salarié de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
 - de conséquences de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort au salarié est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.

Article 4.2

Garantie « frais de santé » du régime professionnel

La cotisation à la garantie « frais de santé » du régime fait bénéficier le salarié et ses ayants droit de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel :

- la liste des prestations de la garantie ;
- les actes de prévention ;
- la garantie assistance.

Article 4.2.1

Liste des prestations de la garantie « frais de santé »

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

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel
Hospitalisation (*)	
Frais de séjour établissement conventionné ou non	150 % BR
Honoraires des praticiens adhérents au CAS	150 % BR
Honoraires des praticiens non adhérents au CAS (**)	120 % BR
Forfait hospitalier (y compris actes lourds pratiqués dans un cabinet de ville ou centre de santé)	100 % FR
Chambre particulière	45 € par jour
Lit accompagnant (enfant hospitalisé de moins de 16 ans)	30 € par jour
Transport	100 % BR
Soins courants (*)	
Consultation/visites médecins (1)	120 % BR
Actes techniques médicaux (1)	120 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie (1)	120 % BR
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR
Complément pour les médecins adhérents CAS (**) (1)	+ 30 % BR
Pharmacie (*)	
Pharmacie prise en charge par la sécurité sociale	100 % BR
Dentaire (*)	
Soins dentaires (hors inlays/onlays)	100 % BR
Prothèses dentaires/inlays onlays remboursés par la sécurité sociale	250 % BR
Implants refusés par la sécurité sociale (forfait annuel)	150 €
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	250 % BR
Optique (*)	
A – Verres dits simples avec monture (***)	170 €
B – Verres dits complexes avec monture (***)	230 €
C – Verres dits très complexes avec monture (***)	290 €
Lentilles remboursées ou non par la sécurité sociale (forfait annuel)	200 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux par an)	230 €
Autres (*)	
Cure thermales acceptée par la sécurité sociale	100 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR
Prothèses auditives (par oreille)	100 % BR
Forfait maternité/adoption (par enfant)	150 €
FR : frais réels BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstitué 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.	

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel
<p>(***) 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.</p> <p>La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des 2 niveaux de remboursement.</p> <p>On entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par « verres simples » les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – par « verres complexes » les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; – par « verres très complexes » les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. 	

Article 4.2.2

Limites et exclusions de garanties

La garantie « frais de santé » du régime professionnel telle que définie précédemment ne s'applique pas dans les deux cas suivants :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne donnent pas lieu à prise en charge par la sécurité sociale ;
- les 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 4.2.3

Actes de prévention du régime professionnel

Le régime professionnel prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention à la hauteur du ticket modérateur. Ainsi les actes définis dans le tableau ci-dessous sont pris en charge.

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	Oui
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	Oui
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes 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

	BASE OBLIGATOIRE régime professionnel
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 limitée 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 met en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 9 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel.

Article 4.2.4

Garantie assistance santé du régime professionnel

Chaque bénéficiaire du régime professionnel bénéficie d'une garantie dite « assistance santé » notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès. Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

Article 5

Maintiens et conditions de suspension des garanties du régime professionnel

Article 5.1

Maintien des garanties « prévoyance » et « frais de santé » dans le cadre de la portabilité

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

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur ;
- cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l’entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l’ancien salarié à percevoir des indemnités d’un montant supérieur à celui des allocations chômage qu’il aurait perçues au titre de la même période ;
- l’ancien salarié justifie auprès de l’organisme assureur, à l’ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l’employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l’organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l’organisme assureur, l’employeur doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l’ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l’organisme assureur notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles 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 « frais de santé » en application de l’article 4 de la loi Evin

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 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 indemnisés par Pôle emploi ;
- les ayants droit du salarié décédé.

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

Article 5.2.2

Conditions de ce maintien

Une partie des bénéficiaires peut voir sa cotisation réduite par rapport aux prescriptions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime professionnel telle que définie à l’article 9.

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 couver-

ture 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.

L'adhésion individuelle prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.3

*Conditions de maintien des garanties « frais de santé »
et « prévoyance » en cas de suspension du contrat de travail*

Article 5.3.1

Suspension des garanties du régime professionnel

En dehors des cas exposés à l'article 5.3.2, le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

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

Article 5.3.2

Cas de maintien des garanties du régime professionnel

Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu :

- pour arrêt de travail, à la condition qu'il soit pris en charge par la sécurité sociale ;
- pour congé de maternité, congé paternité ou formation.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes selon les mêmes règles de répartition des contributions salariales et patronales.

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus.

Dans ce cas, les garanties du régime professionnel seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires du point 1 de l'article 6.1 et sous réserve qu'il en fasse la demande dans les 15 jours qui suivent le début de la suspension de son contrat de travail auprès de l'organisme assureur.

Article 6

Cotisations du régime professionnel

Article 6.1

Taux de cotisation des garanties « frais de santé »

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

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

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

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

	RÉGIME GÉNÉRAL base obligatoire	RÉGIME LOCAL base obligatoire
Salarié	1,44 %	0,64 %
Famille	3,50 %	1,58 %

Cinquante pour cent de la cotisation (salarié ou famille) est prise en charge par l'employeur sur la « base obligatoire » du régime professionnel.

Les salariés devront obligatoirement acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

Les ayants droit du salarié induisant pour ce dernier une obligation de verser la cotisation « famille » sont définis de la manière suivante :

- le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- la personne vivant en concubinage avec le salarié (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 salarié :
 - 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, ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel ;
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être âgés de moins de 28 ans, être non salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire.

Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Les salariés ont l'obligation d'informer l'employeur de tout changement intervenu dans leur situation familiale et matrimoniale.

Toutefois, les salariés pourront, quelle que soit leur date d'embauche et à tout moment, cotiser au tarif « isolé » malgré leur situation de famille réelle, s'ils sont en mesure de justifier que leurs ayants droit, tels que définis ci-dessus, sont :

1. Bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile. Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les ayants droit cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

2. Bénéficiaires d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :

a) Dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au 6^e alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'affiliation est obligatoire ;

b) Par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;

c) Par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;

d) Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

e) Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

f) Dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;

g) Par le régime spécial de sécurité sociale des gens de mer ;

h) Par la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Ces salariés devront demander, par écrit, à cotiser au tarif « isolé » et produire chaque année tout justificatif attestant de la couverture de leurs ayants droit par ailleurs.

A défaut, ils devront obligatoirement cotiser au tarif « famille » correspondant à leur situation de famille réelle.

2° Taux d'appel des cotisations

Afin de favoriser la montée en charge du régime professionnel, un taux d'appel des cotisations pour les garanties « frais de santé » est mis en œuvre pendant 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.

Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017, les cotisations « frais de santé » seront appelées à hauteur de 90 % des taux fixés au 1^o du présent article.

Article 6.2

Taux de cotisation des garanties « prévoyance »

Les cotisations sont calculées sur les éléments de la rémunération brute entrant dans l'assiette des cotisations de la sécurité sociale (art. L. 242-1 du code de la sécurité sociale) à l'exclusion des

primes, indemnités et rappels qui sont versés au salarié après son départ de l'entreprise (indemnité de licenciement, de départ à la retraite, par exemple).

Cette rémunération se répartit en :

- tranche A : tranche de rémunération inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale ;
- tranche B : tranche comprise entre le plafond de la sécurité sociale et 4 fois ce plafond.

Les cotisations afférentes aux garanties prévues au présent accord sont réparties à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Les 50 % à la charge de l'employeur constituent un minimum qui peut être amélioré par une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

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

La cotisation des garanties « prévoyance » du régime professionnel est fixée en pourcentage du salaire brut limité à la tranche B.

Elle est égale à 1,71 % de TA (répartie par moitié entre employeur et salarié, sauf pour les salariés cadres dont 1,50 % est à la charge exclusive de l'employeur) et 2,43 % de TB (répartie par moitié entre l'employeur et le salarié).

(En pourcentage.)

	TAUX DE COTISATION	
	Tranche A	Tranche B
Incapacité de travail temporaire	0,31	0,66
Invalidité permanente	0,43	0,80
Capital décès	0,51	0,51
Rente éducation	0,09	0,09
Rente de conjoint	0,34	0,34
Frais d'obsèques	0,03	0,03
Total	1,71	2,43

Les taux de cotisation du présent article sont maintenus pour une durée de 3 années hormis en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou de désengagement de la sécurité sociale venant modifier les conditions d'équilibre du régime professionnel.

Pourra s'ajouter aux cotisations susmentionnées une cotisation supplémentaire temporaire correspondant à la tarification des risques en cours pour les salariés en arrêt de travail à la date d'adhésion de l'entreprise.

A l'issue, les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire.

Article 7

Information des salariés

Conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, les entreprises devront remettre à chaque salarié la notice d'information qui leur a été fournie par les organismes assureurs.

Elle leur fait connaître les caractéristiques du régime professionnel : détail des garanties, formalités de prise en charge, désignation des bénéficiaires, solidarité...

Article 8

Règles relatives à l'instauration du régime professionnel 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 prévoyance et frais de santé prévues à l'article 4.

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

Le choix des organismes recommandés visés à l'article 10.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture prévoyance et frais de 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.

Article 8.1

Cas de l'entreprise n'ayant pas mis en place de garanties « prévoyance » et/ou « frais de santé » avant le 1^{er} janvier 2016

Lorsque aucune garantie « prévoyance » ou « frais de 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 instauré par le présent accord, au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par le régime professionnel ou financées pour plus de 50 % par l'entreprise, les garanties 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 « prévoyance » et « frais de santé » avant le 1^{er} janvier 2016

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.

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

- chaque garantie interne à l'entreprise soit supérieure ou égale à chaque garantie du régime professionnel ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale aux prescriptions de l'accord en son article 6 ;
- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 9 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques ;
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties y compris pour les anciens salariés soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel.

En présence de délégués syndicaux, l'évolution nécessaire du régime d'entreprise peut donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du régime professionnel.

Article 9

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 peut prévoir :

- le bénéfice de conditions tarifaires plus favorables que les prescriptions légales pour les anciens salariés non retraités bénéficiaires de la structure d'accueil au titre de la loi Evin comme défini à l'article 5 ;
- 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 de comportements en termes de consommation médicale ;

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

Article 10

Commission paritaire de surveillance

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

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

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

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

Article 10.1

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 « prévoyance » et « frais de santé » et des conditions de maintien de celles-ci ;

- l'examen des comptes de résultat et du 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 10.2

Réunions

La commission paritaire de surveillance se réunit au minimum deux fois par an sur convocation du secrétariat confié à l'organisation employeur de la branche, les décisions se prenant à la majorité des voix.

Article 10.3

Application du régime professionnel

KLESIA Prévoyance, organisme recommandé par les partenaires sociaux à l'article 11, est mandatée par le présent accord pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires afin de garantir l'application du régime aux salariés et entreprises de la branche.

KLESIA Prévoyance est habilitée, sous le contrôle de la commission paritaire nationale définie à l'article 4, à vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie « frais de santé » et/ou la garantie « prévoyance » auprès de lui à la date du 1^{er} janvier 2016. Il peut notamment leur demander :

- tous justificatifs relatifs à la situation des entreprises ;
- la remise des notices d'information relatives à la nature des garanties et aux modalités de couverture des bénéficiaires ;
- la production de tout justificatif attestant de la mise en œuvre du degré élevé de solidarité défini par l'article 10.

L'organisme recommandé peut délivrer une mise en demeure :

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

La commission paritaire nationale 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 liées par le présent accord ainsi que leurs membres adhérents sont fondés à obtenir en justice l'exécution du présent accord conformément aux articles L. 2262-4 et L. 2262-9 et suivants du code du travail.

PARTIE 2

Mutualisation professionnelle

Article 11

Organismes assureurs recommandés pour la mutualisation professionnelle

L'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion des garanties décès, invalidité, incapacité et frais de santé prévues par le présent accord de branche est KLESIA Prévoyance, institution de prévoyance, régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

L'organisme recommandé pour assurer la couverture des garanties de rente de conjoint, rente éducation prévues par le présent accord est l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance, régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

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

Les organismes recommandés sont chargés de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'obligent à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord.

Ils s'obligent à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie.

KLESIA Prévoyance est mandatée par les partenaires sociaux pour contrôler l'application du régime professionnel de la branche dans les conditions définies à l'article 10.3 du présent accord.

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

KLESIA Prévoyance est choisi pour gérer, pour les entreprises ayant adhéré auprès d'elle, sur délégation des partenaires sociaux, le fonds de solidarité défini à l'article 14.

Article 12

Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

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 13

Comptes de résultat et rapport annuel

Chaque année, au plus tard le 31 mai, les organismes assureurs recommandés soumettent à l'approbation de la commission paritaire les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précé-

dent, ainsi que d'une manière générale tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

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

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et les organismes recommandés pour l'assurance et la gestion du régime 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 14

Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2 % sur les cotisations 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 10.1.

Il garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel définies par l'article 9.

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 résultat défini à l'article 11.3, 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 9.

Article 15

Couvertures complémentaires facultatives

Des couvertures complémentaires ont été définies par les partenaires sociaux. Elles bénéficient de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès des organismes recommandés.

L'accès et la mise en œuvre de ces couvertures font l'objet d'une contractualisation avec l'organisme assureur recommandé (règle de souscription, définition des bénéficiaires...).

On entend par « couvertures complémentaires facultatives » deux niveaux d'option pour les garanties « frais de santé » :

- si le salarié choisit d'être garanti au titre des options, les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. Elles sont alors à la charge exclusive du 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 en souscrivant à l'une des options à titre obligatoire au sein de l'entreprise.

Les conditions tarifaires et garanties des couvertures complémentaires facultatives sont présentées en annexe de cet accord.

Article 16

Durée

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 13 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

COMIDENT.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFE-CGC ;

CGT-FO.

ANNEXE

Tableau des garanties « frais de santé » des couvertures complémentaires

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

	RAPPEL BASE obligatoire régime professionnel	OPTION 1 (sous déduction du régime de base)	OPTION 2 (sous déduction du régime de base)
Hospitalisation (*)			
Frais de séjour établissement conventionné ou non	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Honoraires des praticiens adhérents au CAS	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Honoraires des praticiens non adhérents au CAS (**)	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier (y compris actes lourds pratiqués dans un cabinet de ville ou centre de santé)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière	45 € par jour	60 € par jour	90 € par jour
Lit accompagnant (enfant hospitalisé de moins de 16 ans)	30 € par jour	40 € par jour	60 € par jour
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins courants (*)			
Consultations/visites médecins ⁽¹⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	150 % BR	200 % BR	400 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ⁽¹⁾	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	200 % BR	400 % BR
⁽¹⁾ Complément pour les médecins adhérents CAS (**)	+ 30 % BR	+ 50 % BR	+ 200 % BR
Pharmacie (*)			
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dentaire (*)			
Soins dentaires (hors inlays/onlays)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses dentaires/inlays onlays remboursés par la sécurité sociale	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Implants refusés par la sécurité sociale (forfait annuel)	150 €	300 €	500 €
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	250 % BR	350 % BR	500 % BR
Optique (*)			
A – Verres dits simples avec monture (***)	170 €	270 €	470 €
B – Verres dits complexes avec monture (***)	230 €	440 €	750 €
C – Verres dits très complexes avec monture (***)	290 €	520 €	850 €
Lentilles remboursés ou non par la sécurité sociale par an	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux par an)	230 €	280 €	500 €

	RAPPEL BASE obligatoire régime professionnel	OPTION 1 (sous déduction du régime de base)	OPTION 2 (sous déduction du régime de base)
Autres (*)			
Cure thermique acceptée sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	400 % BR
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100 % BR	100 % BR	400 % BR
Prothèses auditives (par oreille) remboursées par la sécurité sociale	100 % BR	250 €	500 €
Forfait maternité/adoption (par enfant)	150 €	200 €	300 €
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin	–	Forfait de 150 € par an	Forfait de 400 € par an
Pharmacie prescrite non remboursée	–	Forfait de 75 € par an	Forfait de 200 € par an
<p>FR : frais réels.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés)</p> <p>(*) 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.</p> <p>(**) 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.</p> <p>(***) 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.</p> <p>La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des 2 niveaux de remboursement.</p> <p>On entend :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par « verres simples » les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – par « verres complexes » les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; – par « verres très complexes » les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries. 			

**Tableaux des cotisations des couvertures complémentaires
(exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale)**

*Cotisations facultatives du salarié pour l'option 1 ou 2
(en complément de la cotisation du régime de base obligatoire)*

(En pourcentage.)

	OPTION 1	
	RÉGIME GÉNÉRAL cotisation due	RÉGIME LOCAL cotisation due
Salarié	+ 0,40	+ 0,40
Famille	+ 0,91	+ 0,91

	OPTION 2	
	RÉGIME GÉNÉRAL cotisation due	RÉGIME LOCAL cotisation due
Salarié	+ 1,04	+ 1,04
Famille	+ 2,42	+ 2,42

*Cotisations de l'entreprise et du salarié pour une couverture de l'option 1 ou 2
à titre obligatoire (en complément de la cotisation du régime de base obligatoire)*

(En pourcentage.)

	OPTION 1 OBLIGATOIRE	
	RÉGIME GÉNÉRAL base obligatoire	RÉGIME LOCAL base obligatoire
Salarié	+ 0,33	+ 0,33
Famille	+ 0,77	+ 0,77

	OPTION 2 OBLIGATOIRE	
	RÉGIME GÉNÉRAL base obligatoire	RÉGIME LOCAL base obligatoire
Salarié	+ 0,83	+ 0,83
Famille	+ 1,93	+ 1,93

Dans l'hypothèse où l'entreprise a souscrit l'option 1 à titre obligatoire, le salarié peut améliorer sa couverture à sa charge exclusive (en complément des cotisations mentionnées ci-dessus) :

(En pourcentage.)

	OPTION 2	
	RÉGIME GÉNÉRAL cotisation due	RÉGIME LOCAL cotisation due
Salarié	+ 0,58	+ 0,58
Famille	+ 1,37	+ 1,37