

Brochure n° 3304

Convention collective nationale

IDCC : 2190. – MISSIONS LOCALES ET PAIO

ACCORD DU 15 OCTOBRE 2015

RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME COLLECTIF

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1650813M

IDCC : 2190

Entre

UNML

D'une part, et

SYNAMI CFDT

FFASS CFE-CGC

FPSE CFTC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche des missions locales et PAIO ont engagé depuis le mois de juin 2014 une négociation, conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, concernant la mise en place d'une couverture complémentaire santé collective et obligatoire pour les salariés de la branche des missions locales et PAIO.

A l'issue de ces travaux et de la procédure de mise en concurrence, la négociation entre les partenaires sociaux a été engagée dans la perspective de répondre à quatre objectifs majeurs pour les structures comme pour les salariés :

- harmoniser les avantages sociaux au sein du réseau des missions locales et PAIO ;
- offrir un régime complémentaire santé supérieur à la loi et extensible aux membres de la famille ;
- encadrer le mécanisme de la portabilité des droits ;
- contribuer au bien-être des salariés de la branche.

Conformément au décret n° 2015-13 publié au *Journal officiel* le 10 janvier 2015, les partenaires sociaux ont, au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, recommandé un organisme assureur pour assurer la gestion des garanties obligatoires de protection sociale complémentaire santé.

En conséquence, les partenaires sociaux de la branche des missions locales et PAIO ont conclu le présent accord qui complète les dispositions permanentes de la convention collective nationale des missions locales et PAIO du 21 février 2001 par la création d'un titre XI intitulé « Régime de complémentaire santé » reprenant les articles ci-dessous.

TITRE XI COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Article XI.1

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux employeurs relevant du champ d'application défini au titre I^{er}, article I.1, de la convention collective nationale des missions locales et PAIO du 21 février 2001.

Il s'applique aux salariés de la convention collective nationale des missions locales et PAIO du 21 février 2001 tel que défini dans l'article I.1 de la convention collective.

Article XI.2

Objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de généraliser la complémentaire santé dans la branche des missions locales et PAIO au bénéfice des salariés visés à l'article XI.3 afin de permettre le remboursement complémentaire des frais occasionnés par la maladie, la maternité ou par un accident. Cette couverture permet ainsi le remboursement des frais exposés pour les prestations de santé, en complément, le cas échéant, de la prise en charge opérée par la sécurité sociale.

Il est vivement conseillé aux entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale d'adhérer à l'organisme assureur recommandé par la branche et d'y affilier la totalité de leurs salariés.

Cet accord n'a pas pour objet de remettre en cause les accords existants. Il a surtout pour objectif d'offrir une couverture santé plus favorable que la loi et extensible à la famille, notamment pour les structures qui sont dépourvues d'un accord complémentaire santé.

Les entreprises ayant instauré un régime de frais de soins obligatoire avant l'entrée en vigueur du présent accord peuvent conserver leur régime dès lors que les garanties assurées par ce dernier couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord. Le régime « complémentaire santé » défini par la branche est conforme à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats responsables ainsi qu'aux décrets et arrêtés pris pour son application (R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

En tout état de cause, la mise en place de la complémentaire santé dans les structures doit se faire dans le respect des règles de la négociation.

Article XI.3

Affiliation

Le présent régime « frais de santé » est un régime à adhésion obligatoire mis en place au bénéfice de l'ensemble des salariés des structures comprises dans le champ d'application défini à l'article XI.1 du présent accord.

XI.3.1. Définition des bénéficiaires

c) Les salariés :

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail. Les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

d) Les ayants droit :

Les garanties sont accordées au salarié et aux membres de sa famille à titre obligatoire désignés ci-dessous :

- le conjoint, le concubin ou la personne liée par un Pacs à charge au sens de la sécurité sociale ;
- les enfants considérés à charge au sens de la sécurité sociale ;
- les enfants rattachés à l'assuré ou à son conjoint au sens de la législation fiscale, c'est-à-dire âgés de moins de 21 ans (ou de moins de 25 ans si poursuite d'études) ;
- les enfants jusqu'au jour de leur 28^e anniversaire satisfaisant au moins l'une des conditions suivantes :
 - étudiants percevant une rémunération au plus trois mois dans l'année ou à défaut n'excédant pas 60 % du Smic mensuel ;
 - sans condition d'âge pour les enfants reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
 - à la recherche d'un premier emploi et inscrits en tant que tels à Pôle emploi.

Le conjoint, le concubin ou la personne liée par un Pacs, non à charge au sens de la sécurité sociale, devra avoir la faculté d'adhérer à titre facultatif.

XI.3.2. Dispenses d'adhésion

Il est rappelé que l'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire. Toutefois, les salariés suivants auront la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- les salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs conformément à l'article R. 241-1-6 du code de la sécurité sociale ;
- les salariés titulaires d'un contrat d'une durée déterminée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) : dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.

Ont également la faculté de refuser d'adhérer au régime, à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient, par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations :

- dans le cadre d'un dispositif de remboursement de « frais de santé » remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Autrement dit, il s'agit des 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 protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année ;
- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;

- en matière de « frais de santé », 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 ;
- en matière de « frais de santé », 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.

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Article XI.4

Maintien des garanties

XI.4.1. Cas de suspension du contrat de travail

Conformément à la circulaire DSS/5B 2009-32 du 30 janvier 2009, les garanties frais de santé du régime susvisé sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'ils bénéficient du maintien total ou partiel de leur salaire. La cotisation et les modalités de paiement sont celles prévues pour le personnel en activité.

Les garanties frais de santé des régimes susvisés peuvent être maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non indemnisé avec financement à la charge exclusive des salariés. La cotisation est la même que celle prévue pour le personnel en activité.

XI.4.2. Portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation au titre de l'assurance chômage

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les anciens salariés bénéficient du maintien du régime de frais de santé, dans les conditions appliquées dans l'association, dès la cessation de leur contrat de travail (sauf faute lourde), sous réserve de remplir certaines conditions.

Ainsi, pour en bénéficier :

- les droits à couverture complémentaire doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur. Le dispositif de portabilité ne concerne que les salariés bénéficiaires du régime de frais de santé au moment de la cessation de leur contrat de travail ;
- l'ancien salarié doit fournir à l'assureur un justificatif de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage dans les meilleurs délais à la suite de la cessation de son contrat et chaque fois que l'assureur en fera la demande.

Le maintien de la garantie portera sur une durée égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié, appréciée en mois entiers dans la limite de 12 mois et la durée d'indemnisation au titre du chômage. Autrement dit, la cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des régimes fait cesser le maintien.

La portabilité devra également s'appliquer aux ayants droit ayant souscrit individuellement au régime. La durée de portabilité pour les ayants droit devra être identique à celle de l'ancien salarié.

XI.4.3. Cas des anciens salariés

Conformément aux dispositions légales n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », la couverture complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat, au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

XI.4.4. Cas des ayants droit du salarié décédé

Conformément aux dispositions légales n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », la couverture complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat, au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès. Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Article XI.5

Définition et contenu des garanties minimales

La couverture « frais de santé » a pour objet d'assurer le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié, en complétant acte par acte les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Les signataires du présent accord conviennent que les prestations du régime complémentaire santé de la branche sont définies par un régime socle de base. Il est également prévu une option facultative permettant d'améliorer les garanties du socle de base. Les garanties du socle de base et de l'option sont les suivantes :

(Voir tableaux pages suivantes.)

Garantie	Remboursement de l'organisme assureur y compris celui de la Sécurité sociale	
	Socle de Base	Option (y compris Socle de Base)
HOSPITALISATION (y compris en cas de maternité)		
Honoraires médicaux et chirurgicaux en établissements conventionnés et non conventionnés <i>Y compris forfait de 18€ pour les actes dont le tarif est supérieur à 120€ ou ayant un coefficient K > 60</i>	200% BR CAS 180% BR non CAS	300% BR CAS 200% BR non CAS
Frais de séjour	100% Frais réels	100% Frais réels
Forfait hospitalier (y compris en service psychiatrique)	100% Frais réels	100% Frais réels
Chambre particulière (y compris en cas de maternité)	2% PMSS / jour	3% PMSS / jour
Lit d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans	1,5% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire	100% BR	100% BR
MEDECINE GENERALE		
Consultations / visites Généralistes	150% BR CAS 130% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Consultations / visites Spécialistes et Neuropsychiatre	200% BR CAS 180% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Petite chirurgie et Actes de Spécialistes	150% BR CAS 130% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Analyses médicales, travaux de laboratoire	200% BR	250% BR
Radiologie, imagerie médicale	150% BR CAS 130% BR non CAS	250% BR CAS 200% BR non CAS
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	150% BR	250% BR
PROTHESES NON DENTAIRES		
Prothèses auditives	200% BR	250% BR
Autres prothèses (prothèses orthopédiques plus l'appareillage)	150% BR	250% BR
PHARMACIE		
Frais pharmacie (y compris vaccins remboursés par la SS).	100% BR	100% BR
Pilules Non remboursées par la Sécurité sociale	-	70€ / an / bénéficiaire
Traitement des addictions (tabagique, alcoolique,...)	-	50€ / an / bénéficiaire

Garantie	Remboursement de l'organisme assureur y compris celui de la Sécurité sociale	
	Socle de Base	Option (y compris Socle de Base)
OPTIQUE		
Verres	Cf. grille optique Une paire tous les 2 ans*	Cf. grille optique Une paire tous les 2 ans*
Monture	3% PMSS (95,1 € en 2015) (1 monture tous les 2 ans *)	4% PMSS (126,8 € en 2015) (1 monture tous les 2 ans*)
Lentilles (remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale et jetables)	3% PMSS (95,1 € en 2015)	5% PMSS (158,5€ en 2015)
Chirurgie de la myopie (par œil)	10% PMSS (317,0€ en 2015)	15% PMSS (475,5€ en 2015)
DENTAIRE		
Soins dentaires	150% BR	250% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS (à l'exclusion des prothèses non inscrites à la nomenclature)	150% BR reconstituée	250% BR reconstituée
Inlays / Onlays	200% BR	300% BR
Orthodontie acceptée par la SS / semestre	230% BR	330% BR
Orthodontie refusée par la SS / semestre	150% BR reconstituée	250% BR reconstituée
Parodontologie (curetage/surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau)	100€ / an / personne	200€ / an / personne
Implants dentaires	300€ / an / personne	500€ / an / personne
CURE THERMALE acceptée Sécurité sociale	10% PMSS (317,0€ en 2015)	15% PMSS (475,5€ en 2015)
FORFAIT MATERNITE	5% PMSS (158,5€ en 2015)	15% PMSS (475,5€ en 2015)
OSTEOPATHIE - CHIROPRACTIE - ETIOPATHIE - ACUPUNCTURE	1% PMSS / séance (31,7€ en 2015) limité à 4 séances / an	1,5% PMSS / séance (47,5€ en 2015) limité à 4 séances / an
ACTES DE PREVENTION	Les 7 actes figurant dans la liste de la HAS	
ASSISTANCE SANTE	OUI	OUI

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale; **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 170€ en 2015); **TM** : Ticket modérateur

*Sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ces 2 cas, la période de renouvellement est réduite à un an)

CAS : Contrat d'Accès aux Soins ; **HAS** : Haute Autorité de Santé

Régime frais de santé « grille optique »

Grille optique (Rbt. par verre y compris SS exprimé en % du PMSS)		
TYPE DE VERRE	Socle de Base (1)	Option (y compris Socle de Base) (1)
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUES		
Sphère de -6 à +6	1,9%	2,7%
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2,6%	3,4%
Sphère < -10 ou > +10	2,9%	4,0%
VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES		
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2,2%	3,0%
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2,7%	3,7%
Cylindre > +4 sphère de -6 à +6	3,2%	4,2%
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	3,5%	4,8%
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES		
Sphère de -4 à +4	4,0%	5,4%
Sphère < -4 ou > +4	4,5%	6,1%
VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES		
Sphère de -8 à +8	5,0%	6,7%
Sphère < -8 ou > +8	5,4%	7,4%

(1) Limité à une paire tous les 2 ans sauf pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ces 2 cas, la période de renouvellement est réduite à un an).

Article XI.6

Financement

XI.6.1. Structure de la cotisation

Les cotisations du régime frais de santé retenues par la branche sont définies en deux catégories :

La catégorie dite « isolée » :

Cette catégorie concerne le salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, sans enfant à charge.

La catégorie dite « famille » au sens de la sécurité sociale :

Cette catégorie concerne d'une part le salarié en couple (marié, concubin, pacsé) avec un conjoint à charge au sens de la sécurité sociale, sans ou avec un ou plusieurs enfants à charge, et d'autre part le salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps, avec un ou plusieurs enfants à charge.

XI.6.2. Montant et répartition des cotisations

Le montant de la cotisation globale pour les garanties instaurées par le présent accord est fixé dans les tableaux ci-dessous :

Dans le cadre du régime général

(En pourcentage.)

	ISOLÉ	FAMILLE au sens de la sécurité sociale	CONJOINT NON À CHARGE au sens de la sécurité sociale qui souhaite cotiser à titre facultatif
Socle de base général (en pourcentage PMSS *)	1,55	2,81	1,70
Option en complément de la cotisation du socle de base (en pourcentage PMSS *)	0,55	1,01	0,61
(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Dans le cadre du régime Alsace-Moselle

(En pourcentage.)

	ISOLÉ	FAMILLE au sens de la sécurité sociale	CONJOINT NON À CHARGE au sens de la sécurité sociale qui souhaite cotiser à titre facultatif
Socle de base Alsace-Moselle (en pourcentage PMSS *)	0,93	1,69	1,02
Option en complément de la cotisation du socle de base (en pourcentage PMSS *)	0,55	1,01	0,61
(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

La répartition de la cotisation se fera de la façon suivante :

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le socle de base uniquement.

La cotisation famille est financée par l'employeur pour un montant forfaitaire de 30,00 euros, la somme restante est due par le salarié.

L'option peut également être souscrite à titre obligatoire par une entreprise. Les tarifs applicables s'élèvent dans ce cas à :

(En pourcentage.)

COTISATIONS DE L'OPTION en obligatoire (en complément de la cotisation du socle de base)	ISOLÉ	FAMILLE au sens de la sécurité sociale	CONJOINT NON À CHARGE au sens de la sécurité sociale qui souhaite cotiser à titre facultatif
Régime général (en pourcentage PMSS *)	0,46	0,84	0,51
Régime Alsace-Moselle (en pourcentage PMSS *)	0,28	0,50	0,31
(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Le financement de ces cotisations est négocié au sein de chaque établissement.

L'ensemble des taux de cotisation ci-dessus seront maintenus pendant une durée de 3 ans à compter du 1^{er} janvier 2016, soit jusqu'au 31 décembre 2018.

Article XI.7

Organisme recommandé

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux structures couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues par la convention collective nationale, l'organisme assureur suivant : HUMANIS Prévoyance, 7, rue de Magdebourg, 75116 Paris, immatriculé au répertoire SIRENE sous le n° 410 005 110.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, à savoir dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord.

A cette fin les parties signataires se réuniront au plus tard 12 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le contrat d'assurance souscrit avec l'organisme recommandé avant le 31 décembre de chaque année sous respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

Article XI.8

Information individuelle

Chaque salarié puis tout nouvel embauché recevront une notice d'information rédigée par l'organisme recommandé, résumant les principales dispositions du contrat, notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de survenance du risque.

Les salariés concernés sont également informés individuellement de toute modification des garanties.

Ces informations peuvent être délivrées par tout moyen, à savoir courrier, courriel, intranet...

Il est rappelé que lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'employeur est tenu de délivrer au salarié une information sur ses droits au titre de la portabilité des garanties et dans tous les cas d'informer l'organisme assureur de sa date de départ. L'employeur doit signaler le maintien des garanties liées à la prévoyance santé dans le certificat de travail.

Article XI.9

Degré élevé de solidarité

Par le présent accord les partenaires sociaux ont la volonté d'instaurer un régime obligatoire, collectif, responsable et solidaire. La commission paritaire spéciale a décidé de constituer un fonds d'actions sociales spécifiquement dédié à la branche et géré par l'organisme d'assurance recommandé. Son financement annuel est assuré par une part égale à 2 % des cotisations versées au titre de l'année. Il permet de subventionner la mise en place d'une politique de prévention et d'accompagnement répondant à des exigences sociales, solidaires et de prévention au bénéfice des salariés de la branche, conformément aux orientations, aux règles de fonctionnement et aux modalités d'attribution définies par la commission paritaire nationale de prévoyance dans la limite du montant disponible du fonds d'actions sociales. La commission paritaire spéciale en assure annuellement le contrôle dans le cadre du rapport annuel sur les comptes des régimes de branche et vérifie que la mise en œuvre par l'organisme d'assurance auprès desquels le fonds a été placé en gestion est conforme aux orientations et aux modalités qu'elle a définies.

- La commission paritaire spéciale a décidé que le fonds d'actions sociales assurerait le financement :
- des actions de prévention concernant les risques professionnels ;
 - des prestations d'action sociale, comprenant notamment :
 - soit à titre individuel, l'attribution, lorsque la situation des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés et ayants droit ;
 - soit à titre collectif, pour les salariés ou leurs ayants droit : l'attribution d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Article XI.10

Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la commission paritaire nationale de prévoyance par délégation de la commission paritaire nationale de négociation dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale des missions locales et PAIO.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission au plus tard le 1^{er} juillet pour les comptes définitifs de l'exercice N – 1 et avant le 30 septembre pour les comptes prévisionnels de l'exercice en cours.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions légales et réglementaires, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront éventuellement faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire nationale de négociation.

La commission aura également pour missions de veiller à l'équilibre du contrat ainsi qu'à la qualité du service rendu par le prestataire et de formuler le cas échéant des recommandations en vue de garantir sa pérennité.

Il sera établi par le secrétariat des commissions paritaires un relevé de décisions à chaque commission.

Article XI.11

Effet et durée du présent accord

Le présent accord est conclu à durée indéterminée.

Il prendra effet le 1^{er} janvier 2016 sous réserve de l'exercice du droit d'opposition tel que défini par la loi.

Article XI.12

Révision

Toute organisation signataire du présent accord peut en demander la révision par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires en indiquant la ou les dispositions dont la révision est demandée et en formulant une proposition de rédaction.

Dans cette hypothèse, les parties signataires se réunissent au plus tard dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre de notification.

Article XI.13

Dénonciation de l'accord

Toute organisation signataire du présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux organisations signataires.

En cas de dénonciation émanant de la totalité des signataires (employeurs ou salariés), l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Article XI.14

Dépôt

Il est déposé au ministère du travail par le secrétariat de la commission paritaire, mandaté également pour en demander l'extension.

Fait à Paris, le 15 octobre 2015.

(Suivent les signatures.)