

Accord professionnel national

**IDCC : 2329. – AVOCATS AU CONSEIL D'ÉTAT
ET À LA COUR DE CASSATION
ET LEUR PERSONNEL SALARIÉ NON AVOCAT
(13 décembre 2002)**
(Bulletin officiel n° 2003-24)

ACCORD DU 27 NOVEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT
COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1750335M
IDCC : 2329

Entre

OACECC

D'une part, et

CFDT

CFE-CGC

FEC FO

CGT

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche ont souhaité mettre en place par accord collectif, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet d'instituer un régime collectif de frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

Chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans l'entreprise antérieurement au 1^{er} janvier 2016, les stipulations de cette dernière devront être adaptées en conséquence conformément aux dispositions de l'article L. 2253-2 du code du travail et dans le respect des dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article L. 2225-3 du code du travail.

Les entreprises ayant mis en place, antérieurement au 1^{er} janvier 2016, un régime de frais de santé conforme à celui prévu par le présent accord restent libres de le conserver auprès de leur organisme assureur et ce même s'il ne s'agit pas de l'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux de la branche.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux cabinets d'avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation.

Article 3

Bénéficiaires

3.1. Salarié

Le régime de complémentaire santé revêt un caractère collectif et obligatoire et bénéficie à l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté.

3.2. Dispense d'affiliation des salariés au régime « frais de santé »

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale peuvent être dispensés d'adhésion au régime sans remettre en cause le caractère obligatoire de celui-ci :

- les salariés à durée déterminée et les apprentis avec l'obligation pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- 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, doit être justifiée par tout document utile, et joue 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 leur embauche si elle est postérieure, 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 ;
- à condition de le 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 de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté 26 mars 2012 modifié) :
 - dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

- mutuelles des fonctions publiques nationale et territoriale dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

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

Les salariés concernés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord. À défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime frais de santé. Cette adhésion prendra alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

3.3. Ayants droit bénéficiaires des prestations du régime « frais de santé »

Outre le salarié, bénéficient obligatoirement du régime ses ayants droit définis ci-dessous :

- le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du salarié, au sens des conditions générales applicables au présent accord les enfants du participant, et/ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs :
 - à charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
 - jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^e anniversaire, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de professionnalisation, ou d'insertion ;
 - sans limite d'âge pour les handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé.

3.4. Dispense d'affiliation des ayants droit au régime « frais de santé »

À condition de le justifier chaque année, les ayants droit peuvent demander à être dispensé d'adhésion, s'ils bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté 26 mars 2012 modifié) :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques nationale et territoriale dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Article 4

Cas de suspension ou de rupture du contrat de travail

4.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour les salariés se trouvant dans cette situation à la date d'entrée en vigueur du présent régime et ce dans les conditions suivantes :

- lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit, soit à maintien (total ou partiel) de salaire par l'employeur, soit à indemnités journalières complémentaires (résultant du régime de prévoyance), le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties, sous réserve du paiement de sa quote-part de cotisations, la quote-part de l'employeur étant également maintenue ;
- lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non professionnelle ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties. La cotisation totale (part salariale et part patronale) reste due intégralement ;
- dans les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou à indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension de l'obligation de cotiser, donc de l'accès aux prestations.

Toutefois, le salarié peut continuer à bénéficier du régime, sous réserve du versement des cotisations. À cet effet, il peut demander à l'organisme assureur recommandé le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, la cotisation totale étant alors à sa charge exclusive.

4.2. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
5. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

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'entreprise 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, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

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

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle il 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 du 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.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation intégrée aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations.

4.3. Maintien des garanties des ayants droit d'un salarié décédé

Les ayants droit d'un salarié décédé y compris le cas échéant le conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale, bénéficiant des garanties du régime au jour du décès, se voient maintenir gratuitement le bénéfice des garanties du présent régime pendant une durée de 1 an à compter du jour du décès. Au-delà de cette durée, ils pourront bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 exposé ci-dessous.

4.4. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

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

1. 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 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale exposé ci-dessus.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture individuelle à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;

2. Ayants droit d'un salarié décédé bénéficiaires des garanties du présent régime au jour du décès :
 - l'employeur informe l'organisme assureur qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes ;
 - qui disposent d'un délai de 6 mois pour manifester leur accord.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5

Garanties

5.1. Définition des garanties

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladie professionnelle » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe I.

Les prestations sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du bénéficiaire après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales de prise en charge, conformément aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du code de la sécurité sociale, l'exigence relative aux contrats responsables étant renforcée du fait de la politique de prévention conçue dans la perspective de l'objectif de solidarité. Elles respectent par ailleurs les prestations minimales obligatoires prévues par les articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

5.2. Détail des garanties

Les garanties du présent accord constituent les garanties obligatoires devant bénéficier à l'ensemble du personnel salarié de la branche et à leurs ayants droit. Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

(Voir tableau page suivante.)

		En complément des prestations de la SS	
HOSPITALISATION			
Honoraires (conventionné)		Hors Contrat Accès aux Soins : TM + 125 % BR (TM + 100% BR au 1/1/2017)	Contrat d'accès aux soins : TM + 200% BR
Frais de séjour (conventionné)		350 % BR	
Honoraires (non conventionné)		90 % FR maximum fixé ci-dessus pour les honoraires conventionnés avec prise en compte du tarif d'autorité au lieu de la BR	
Frais de séjour (non conventionné)		90 % FR maximum 350% BR reconstituée	
Chambre particulière		50 € par nuit	
Chambre particulière maternité		65 € par nuit	
Forfait journalier hospitalier		100% forfait en vigueur (sans limitation de durée) conformément aux dispositions du décret 2014-1374 du 19/11/2014	
Frais d'accompagnement (enfant de - de 16 ans)		50 € par nuit	
MEDECINE GENERALE & MATERNITE			
Consultation de généraliste CONVENTIONNE		Hors Contrat d'Accès aux Soins : TM + 40% BR	Contrat d'Accès aux Soins : TM + 60% BR
Consultation de spécialiste CONVENTIONNE - Radiologie - Actes techniques médicaux		Hors Contrat d'accès aux Soins : TM + 125 % BR (TM + 100% BR au 1/1/2017)	Contrat d'accès aux Soins : TM + 200 % BR
Pour les médecins non conventionnés, les plafonds sont identiques mais le tarif d'Autorité remplace la Base de Remboursement conventionnée			
Pharmacie - Analyses biologique - auxiliaires médicaux		TM	
Ostéodensimétrie		TM	
DENTAIRE			
Soins dentaires et inlays / onlays		TM	
Implantologie		200 € par implant 2/an par bénéficiaire	
Orthodontie remboursée par la SS		200% BR	
Orthodontie refusée par la SS		non garantie	
Inlays core		TM + 170% BR	
Prothèses dentaires remboursables par la SS		TM + 170% BR	
Prothèses dentaires non remboursables		non garanties	
OPTIQUE		1 paire de lunettes tous les deux ans par bénéficiaire (sauf changement de vue - ou moins de 18 ans). Décompte par année civile	
Monture adultes		100,00 €	
Monture enfants		65,00 €	
Verres unifocaux adultes		185 € pour 2 verres / 50% pour un seul verre	
Verres unifocaux enfants		160 € pour 2 verres / 50% pour un seul verre	
Verres multifocaux adultes		350 € pour 2 verres / 50% pour un seul verre	
Lentilles refusées par la SS et lentilles jetables		}	125 € par an et par bénéficiaire
Lentilles acceptées par la SS et lentilles jetables			
Kératochirurgie		470 € par œil	
AUTRES GARANTIES			
Médecine douce (Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, Kinésiologie, Etiopathie)		Forfait annuel de 100 € par bénéficiaire	
Prothèses auditives		TM + 160 % BR	
Autres prothèses non dentaires		TM + 160 % BR	
Maternité ou adoption plénière		Prise en charge des soins au poste Médecine Générale & Maternité - Chambre particulière prévue au poste hospitalisation	
Cures thermales acceptées par la SS		}	TM + 5% PMSS (156,45€)
Frais de voyage + hébergement cures thermales			
Actes de Prévention (loi du 13/8/2004)		TM	
Transport (à l'exclusion de la cure thermique)		TM	
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SS			
Vaccins non remboursés sur prescription médicale		25 € / an SAUF vaccin antigrippal : 100%	
Diététicien		20 € par consultation maximum 3 par an	
Dispositifs contraceptifs non remboursés		50 € / an	
Vie sans tabac (prise en charge substituts nicotiniques)		50 € / an (applicable aussi aux consultations cognito- comportementales sur prescription médicale)	
ASSISTANCE			
Assistance santé en France		OUI - Assistance vie quotidienne à la suite d'un événement couvert (hospitalisation) + Avance de soins couverts par la SS	

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3170 € en 2015)

TM: ticket modérateur

BR : Base de remboursement (tarif de convention)

Article 6

Financement du régime

6.1. Structure de la cotisation

Le régime complémentaire frais de santé mis en place au sein de l'entreprise doit prévoir une cotisation de type salarié seul (isolé)/salarié et ayants droit (« famille »).

La cotisation « famille » s'entend comme une cotisation uniforme quel que soit le nombre d'enfants à charge.

Le salarié, dont les ayants droit ont demandé à bénéficier de la dispense d'adhésion visée à l'article 3.4 du présent accord, est tenu d'acquitter la cotisation de type « isolé ».

6.2. Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime complémentaire frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

6.3. Taux et répartition des cotisations

La participation de l'employeur au financement du régime de base est égale à 50 % de la cotisation. Le montant de la participation de l'employeur ne peut être inférieur au montant de la cotisation au régime mis en place par les partenaires sociaux auprès de l'organisme recommandé.

6.4. Montant de la cotisation

Taux de la cotisation due au titre du régime de frais de santé :

	RÉGIME GÉNÉRAL tarif (0 % PMSS)
Salarié seul (« isolé »)	1,84 %
Salarié + ayants droit (« famille »)	3,89 %
Contrats de travail suspendus	Idem salariés actifs

Le versement de la totalité de la cotisation à l'organisme assureur incombe à l'employeur et doit intervenir dans les conditions, notamment de délai, prévues par les statuts et règlements de l'organisme assureur recommandé. En cas de retard de paiement, des majorations de retard sont appliquées conformément aux statuts et règlements de l'organisme assureur recommandé.

6.5. Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation totale prévue au 6.4 est fixé pour une durée de 3 ans à compter de l'entrée en vigueur du régime. Il pourra toutefois être réévalué en cas d'évolution de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

À l'issue de cette période de 3 années, un autre montant pourra être fixé par la commission paritaire de la convention collective en fonction des résultats techniques et financiers du régime d'un côté, des études prospectives conçues à cet effet d'un autre côté, sur proposition de l'organisme assureur.

Il est toutefois expressément convenu par l'organisme recommandé que toute évolution à la hausse des cotisations ne pourra excéder 10 % par an à partir de 2019.

6.6. Cessation de l'obligation de cotiser

La cotisation au régime « frais de santé » cesse d'être due :

- en cas de suspension du contrat de travail dans les conditions prévues à l'article 4.1 ;
- lors de la rupture du contrat de travail qui lie le participant à son employeur, sous réserve des cas de maintien des garanties visés à l'article 4.2 ;
- en cas de décès ;
- et, en tout état de cause, à la date de cessation d'effet du présent accord.

Article 7

Recommandation de l'organisme assureur

Le présent régime est structuré autour de dispositifs répondant à un objectif de solidarité professionnelle, et notamment :

- l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés et de leurs ayants droit quels que soient leur catégorie professionnelle, leur état de santé, leur âge ou leur situation familiale ;
- la prise en compte des situations objectives de fragilité, liées à la maladie ou au chômage notamment ;
- la mise en place de cotisations forfaitaires, donc indépendantes de la réalité du risque individuel ou propre à une entreprise ;
- des prestations déconnectées du niveau des cotisations individuelles et des prestations non contributives ;
- l'accessibilité au fonds social de l'organisme assureur recommandé ;
- la mise en œuvre d'actions de prévention ;
- l'instauration d'un dispositif de solidarité intergénérationnelle.

L'objet du présent accord étant l'instauration d'un régime « frais de santé » concrétisé par la poursuite d'un objectif de solidarité, les cotisations dues conventionnellement par les entreprises et leurs salariés doivent nécessairement être mutualisées. Au vu de cet objectif et en conformité avec le contenu de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, un opérateur unique est recommandé pour gérer les garanties collectives, objet du présent accord.

Article 8

Adhésion à l'organisme assureur et gestionnaire recommandé pour la mutualisation professionnelle

Les employeurs relevant du champ d'application du présent accord ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime (art. 5.2).

Pour ce faire les partenaires sociaux de la branche recommandent l'adhésion auprès de l'organisme assureur ci- après mentionné :

APGIS, 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex.

Article 9

Fonds collectifs

Manifestation de solidarité, les partenaires sociaux ont décidé par le présent accord de créer un fonds de solidarité. Il est destiné à mettre en œuvre des actions de solidarité et de prévention telles que mentionnées à l'article 13 du présent accord.

Il est prélevé 2 % du montant des cotisations perçues au titre du régime obligatoire prévu par le présent accord.

Article 10

Suivi du régime

L'organisme assureur recommandé fournit annuellement un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et le décret d'application du 30 août 1990.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission paritaire, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice. À l'occasion de ce rapport, est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs.

L'organisme assureur recommandé rend compte à la commission paritaire des procédures engagées aux fins de poursuivre le recouvrement des cotisations et des éventuelles difficultés rencontrées.

Elle fait un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre assorti d'un bilan financier annexé au rapport prévu au premier alinéa du présent article ainsi qu'un bilan du fonds collectif et des sommes allouées à ce titre.

Article 11

Réexamen périodique des conditions de mise en œuvre de la mutualisation

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les conditions de mise en œuvre de la mutualisation feront l'objet d'un examen dans le cadre de la commission paritaire au maximum tous les 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime.

À cet effet, la commission paritaire se réunira au cours du sixième mois précédant cette échéance. Afin de faciliter le travail d'analyse des membres de la commission paritaire, l'organisme assureur recommandé présentera dans un rapport consolidant sur la période de 5 ans considérée les rapports et informations indiquées à l'article 10, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des 5 années précédentes.

Chacune des parties signataires a la faculté de dénoncer le présent accord à condition de le notifier 4 mois avant l'expiration annuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisme signataire.

L'accord dénoncé conserve son plein effet jusqu'à la conclusion éventuelle d'un nouveau texte.

Afin d'optimiser la qualité du travail d'analyse, la première partie de la réunion sera consacrée à l'analyse et aux commentaires du rapport prévu ci-dessus. La seconde partie sera consacrée à l'adoption de recommandations visant à une meilleure qualité de gestion du régime par l'organisme recommandé.

Article 12

Effet de l'accord à l'égard de l'organisme assureur recommandé

Les dispositions du présent accord et de ses avenants éventuels ne sont opposables à l'organisme assureur recommandé qu'après acceptation formelle de celui-ci.

Les entreprises ainsi que les salariés peuvent directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès de l'organisme assureur recommandé pour poursuivre l'exécution de ses obligations.

De même, l'organisme assureur recommandé peut directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès des entreprises ainsi que des salariés pour poursuivre l'exécution de leurs obligations.

Article 13

Contribution à la solidarité de branche

13.1. Le présent accord vise à la création d'un authentique régime de protection sociale complémentaire concrétisé par non seulement la fixation de la nature et du niveau des prestations contractualisées mais encore par des droits non contributifs et déclinant un degré élevé de solidarité, qu'il appartient aux entreprises de respecter, y compris lorsque l'assureur auquel elles confient le soin de gérer les garanties collectives n'est pas celui recommandé dans les conditions figurant à l'article 7.

13.2. Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre la mise en œuvre du point IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et notamment :

13.2.1. La prise en charge totale ou partielle de la cotisation, notamment :

- des salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite, par ailleurs, et pouvant bénéficier des dispenses d'affiliation ;
- des salariés, apprentis ou anciens salariés au sens du décret dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts.

13.2.2. Le financement d'actions de prévention de santé publique ou de risques professionnels sous forme :

- de formations ou réunions d'information ;
- guides, affiches, outils pédagogiques intégrant les thématiques de sécurité et comportements en termes de consommation médicale.

13.2.3. La prise en charge partielle des prestations d'action sociale, notamment :

- aides individuelles de secours aux salariés, ex-salariés et ayants droit ;
- aides collectives pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux.

La commission paritaire de la branche détermine librement les orientations des actions de prévention et les règles de fonctionnement et d'attribution des prestations d'action sociale et contrôle la mise en œuvre de ces orientations par l'organisme assureur recommandé auprès duquel les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

Article 14

Obligations en matière d'information

Compte tenu de la technicité des questions liées à la protection sociale, les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, l'institution recommandée prend l'engagement :

- d'assurer auprès des entreprises concernées et de leur personnel une communication adaptée, sur la base d'une plaquette d'information établie en concertation avec les parties signataires de la convention collective, afin de faciliter la mise en place du régime ;
- d'établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application ; de la transmettre à chaque entreprise adhérente par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée ce qui vaudra notification au sens de la réglementation applicable) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale. Les entreprises ont l'obligation de remettre cette notice à chaque membre du personnel en place et au moment de l'entrée en fonction.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les entreprises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application de l'article 4 ci-dessus et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

Article 15

Révision de l'accord

La procédure de révision prévue à l'article 3 de la convention collective est déclinée de la manière suivante en ce qui concerne le présent accord :

- les dispositions du présent accord pourront à tout moment faire l'objet d'une révision en tout ou partie. La négociation à cet effet a lieu à la demande de l'une des parties signataires ou adhérentes conformément aux dispositions des articles L. 2222-5 et L. 2261-8 du code du travail ;
- toute demande de révision devra être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des autres parties signataires et adhérentes et comporter l'indication des dispositions dont la révision est demandée. Elle doit être accompagnée ou suivie dans le délai de 1 mois d'un nouveau projet d'accord sur les points dont la révision est demandée ;
- le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 1 mois suivant la réception de cette lettre, la commission nationale paritaire sera réunie à l'initiative de la partie la plus diligente en vue d'une négociation ;
- les dispositions dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un accord ou à défaut seront maintenues ;
- sous réserve des règles de validité des accords collectifs, les dispositions de l'accord portant révision se substitueront de plein droit à celles de l'accord qu'elles modifient à compter du lendemain du dépôt de l'accord dans les conditions légales ;
- l'accord de révision fera l'objet des formalités de publicité légale.

Article 16

Notification. – Dépôt. – Extension

Le présent accord sera, conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants 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 de son dépôt.

Fait à Paris, le 27 novembre 2015.

(Suivent les signatures.)