

**Accord du 13 juin 2022**  
relatif aux frais de santé

NOR : ASET2250939M

IDCC : 1978

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**PRODAF ;**

**SNPCC ;**

**FFAF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTA FO ;**

**FS CFDT ;**

**CGT CSD ;**

**UNSA FCS ;**

**FEC FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les partenaires sociaux, réunis en commission mixte paritaire permanente de négociation et d'interprétation le 11 mai 2022, ont décidé de créer, au sein de la branche fleuristes, vente et services des animaux familiers, un régime frais de santé, complétant l'accord collectif du 29 septembre 2020 portant mise à jour de la CCN des fleuristes, de la vente et des services des animaux familiers du 21 janvier 1997.

Cet accord permet de renforcer l'attractivité de la branche et de favoriser l'accès des salariés à des dispositifs de santé :

- sans considération d'âge, ni d'état de santé ;
- et à des tarifs avantageux.

Après deux ans de crise sanitaire, il est apparu nécessaire aux partenaires sociaux d'améliorer le niveau de remboursement des frais de santé et de garantir une couverture efficiente pour les salariés de la branche.

C'est dans ce cadre que les partenaires sociaux se sont entendus sur un accord national relatif aux frais de santé dans la branche fleuristes, vente et services des animaux familiers, qui com-

plète et doit être considéré comme un avenant à l'accord collectif du 29 septembre 2020 portant mise à jour de la CCN des fleuristes, de la vente et des services des animaux familiers en date du 21 janvier 1997.

Cet accord annule et remplace tout accord antérieur ayant le même objet et notamment l'accord du 3 juillet 2012 et ses avenants n° 1 à 6.

## **Article 1<sup>er</sup> | Objet de l'accord**

Le présent accord collectif instaure une garantie frais de santé obligatoire au profit des salariés des entreprises de la branche des fleuristes, vente et services des animaux familiers. Ce régime est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

## **Article 2 | Champ d'application professionnel et géographique**

Le champ d'application professionnel et géographique de l'accord national frais de santé est celui défini par l'article 1.1, C de l'accord du 29 septembre 2020 portant mise à jour de la convention collective nationale des fleuristes, de la vente et des services des animaux familiers du 21 janvier 1997.

## **Article 3 | Adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel**

À compter de l'entrée en vigueur du présent accord, les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des fleuristes, vente et services des animaux familiers ont la liberté du choix de l'assureur.

En revanche, il convient qu'elles respectent les dispositions du présent accord.

De même, l'affiliation des salariés résulte du présent accord et a un caractère obligatoire.

## **Article 4 | Salariés bénéficiaires du régime frais de santé**

L'ensemble des salariés (y compris les mandataires sociaux ayant le statut de salarié) titulaires d'un contrat de travail non suspendu, à durée déterminée ou indéterminée, présents à l'effectif des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord frais de santé de la convention collective nationale des fleuristes, vente et services des animaux familiers bénéficie du régime frais de santé.

La notion de salariés présents à l'effectif comprend tous les salariés, au travail ou en arrêt pour cause de maladie ou d'accident au jour de l'entrée en vigueur du présent accord.

Conformément aux dispositions légales en vigueur (art. L. 911-7 III, D. 911-2 et D. 911-3 du code de la sécurité sociale et article 11 de la loi Évin), certains salariés, à leur initiative, peuvent demander de ne pas adhérer au régime frais de santé selon notamment les dispositions de l'article D. 911-5 du code de la sécurité sociale.

De même, certains salariés peuvent demander à se prévaloir des dispenses suivantes :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Il appartient aux intéressés de formuler une demande par écrit.

En tout état de cause, tout salarié sera tenu, en dehors des cas de dispenses d'ordre public, de cotiser au régime lorsqu'il cessera de justifier de sa situation.

## **Article 5 | Financement du régime de base frais de santé**

Les cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

La cotisation globale est répartie à raison de 50 % minimum à la charge de l'employeur et 50 % maximum à la charge du salarié, dans les conditions ci-après :

- la cotisation patronale est à minima de :
  - 0,55 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les entreprises dont les salariés relèvent du régime général ;
  - 0,34 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les entreprises dont les salariés relèvent du régime Alsace-Moselle ;
- la cotisation salariale est à maxima de :
  - 0,55 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les entreprises dont les salariés relèvent du régime général ;
  - 0,34 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les entreprises dont les salariés relèvent du régime Alsace-Moselle.

## **Article 6 | Prestations du régime frais de santé**

### **A. Respect des critères de responsabilité**

Le régime conventionnel frais de santé de la convention collective nationale étendue des fleuristes, vente et services des animaux familiers est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale). Par la suite, les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

■ En conséquence :

La participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;

Hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale n'est prise en charge.

Hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.

Les obligations prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale doivent être prises en charge (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

## B. Étendue de la garantie

Seuls les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires et autres frais concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique entrant dans les nomenclatures et ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale sont pris en considération pour la détermination des prestations versées par l'organisme d'assurance dans les conditions et limites prévues au tableau ci-après.

En aucun cas, le régime ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la sécurité sociale.

La garantie comprend le remboursement de la participation forfaitaire supportée par l'assuré en application des dispositions de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pour les actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à un montant fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le cumul des prestations versées au titre du présent régime avec :

- d'une part, les remboursements du régime de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ;
- et d'autre part, les montants de la contribution forfaitaire, des franchises médicales et de l'éventuelle majoration de participation financière maintenue à la charge de l'assuré,

ne peut excéder les dépenses engagées, déclarées à la sécurité sociale.

## C. Personnes garanties

Le salarié est le seul bénéficiaire obligatoire du régime conventionnel frais de santé. Cependant, il peut étendre ses garanties à ses ayants-droits, définis ci-après, en souscrivant à une extension facultative, dont le financement est à sa charge exclusive :

- le conjoint, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou le concubin. Le concubin doit vivre sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;
- les enfants du participant ou de son conjoint (marié ou lié par un Pacs) ou de son concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :
  - être considérés par la sécurité sociale comme à la charge du participant, ou de son conjoint ou concubin, en application de l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale ;
  - être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire ;
  - être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime obligatoire ;
  - être âgés de moins de 28 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un contrat frais de santé au titre de leur activité salariée ;
  - être âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle emploi, et qu'ils soient fiscalement à charge du participant du conjoint ou du concubin ;
  - être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire de la carte d'invalidité civile.

Les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'une indemnisation de la part de l'employeur. Celle-ci peut prendre la forme :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ;

- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (y compris l'indemnité d'activité partielle/de longue durée et les congés rémunérés par l'employeur tels que les congés de reclassement et de mobilité).

Dans ce cas, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Dans les autres cas de suspension, comme par exemple, pour congés sans solde non visés dans les dispositions précédentes (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime frais de santé.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, 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.

*(Voir page suivante.)*

## D. Tableau de garanties

### 1. Régime de base conventionnel

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS incluant les remboursements de la Sécurité sociale
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
<b>Consultations et visites de médecins généralistes :</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% de la BR
<b>Consultations et visites de médecins spécialistes :</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	250% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	200% de la BR
<b>Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux</b> (ex : extraction d'un grain de beauté)	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	100% de la BR
<b>AUTRES HONORAIRES</b>	
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	100% de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie ...)</b>	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% de la BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	
Analyses et examens de laboratoire	100% de la BR
<b>MEDICAMENTS</b>	
Médicaments remboursés par la SS	100% de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires...	100% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	250% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge intégrale
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	200% de la BR

<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
<b>Chambre particulière par jour (y compris maternité dans la limite de 5 jours)</b>	2% du PMSS
<b>Frais d'accompagnant par jour, moins de 16 ans</b>	1% du PMSS
<b>FORFAIT ACTES LOURDS ET FORFAIT PATIENT URGENCES</b>	Prise en charge intégrale
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
<b>Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)</b>	100% de la BR
<b>SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"</b>	
<b>Soins et prothèses "100 % Santé" (*)</b>	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	
<b>Implantologie (pilier + implant) / limité à 3 implants / bénéficiaire / an</b>	10% du PMSS
<b>PROTHESES</b>	
<b>Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés</b>	300% de la BR
<b>Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres</b>	300% de la BR
<b>ORTHODONTIE</b>	
<b>Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire</b>	300% de la BR
<b>OPTIQUE</b>	<b>Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.</b>
<b>EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)</b>	
<b>Monture + 2 verres de tous types (Classe A)</b>	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
<b>Monture</b>	100 €
<b>Grille optique</b>	Hors monture
<b>Verre simple</b>	125 € par verre
<b>Verre complexe</b>	250 € par verre
<b>Verre hyper complexe</b>	350 € par verre
<b>PRESTATION D'ADAPTATION</b>	
<b>Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue</b>	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue</b>	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>LENTILLES</b>	
<b>Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)</b>	300 € par an et par bénéficiaire <sup>1</sup>
<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE non remboursée par la Sécurité sociale</b>	750 € par an / par bénéficiaire / par œil
<b>AIDE AUDITIVE</b>	<b>Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille</b>
<b>EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)</b>	
<b>Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)</b>	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente

<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
<b>Aide auditive remboursée par la SS</b>	300% de la BR par appareil
<b>ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS</b>	
<b>Petits accessoires auditifs (piles, ...)</b>	100% de la BR
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>	
<b>Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale (Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Sophrologie)</b>	40 € x 3 séances par an par bénéficiaire
Forfait : vaccins prescrits, podologie, produits dermatologiques prescrits et non remboursés par la SS	100 € par an par bénéficiaire
Pilule contraceptive prescrite et non remboursée par la SS	50 € par an par bénéficiaire
Sevrage tabagique	80 € par an par bénéficiaire
<b>DIVERS</b>	
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>	
Forfait maternité - adoption	10% du PMSS
<b>PSYCHOLOGIE ET PSYCHOMOTRICITE</b>	40 € x 3 séances par an par bénéficiaire
<b>FRAIS DE TRANSPORT remboursés par la SS</b>	100% de la BR
<b>ASSISTANCE</b>	Incluse

1. Pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale, en cas de consommation totale du forfait, le ticket modérateur continuera d'être pris en charge.

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **TM** : Ticket modérateur / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

En complément des présentes garanties, les entreprises devront faire bénéficier à leurs salariés de la mise en place :

- d'une garantie assistance, incluant notamment un volet hospitalisation, et un volet aide aux aidants ;
- de prestations de téléconsultation, accessible 24 heures/24 et 7 jours/7 ;
- d'un second avis médical pour les problèmes de santé les plus lourds.

## 2. Régime sur complémentaire à adhésion obligatoire ou facultative

En complément du régime de base conventionnel, il est mis à la disposition des entreprises et des salariés un régime surcomplémentaire qui devra être souscrit par l'employeur soit à titre obligatoire, soit par défaut à titre facultatif dans la mesure où les partenaires sociaux sont sensibles à la possibilité pour le salarié d'améliorer sa couverture s'il le souhaite.

(Voir page suivante.)



NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS en complément du régime conventionnel de base
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
<b>Consultations et visites de médecins spécialistes :</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 100% de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie ...)</b>	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 100% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 70% de la BR
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 100% de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
<b>Chambre particulière par jour (y compris maternité dans la limite de 5 jours)</b>	+ 1% du PMSS
<b>Frais d'accompagnant par jour, moins de 16 ans</b>	+ 0,5% du PMSS
<b>DENTAIRE</b>	
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	
<b>Implantologie (pilier + implant) / limité à 3 implants / bénéficiaire / an</b>	+ 5% du PMSS
<b>PROTHESES</b>	
<b>Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés</b>	+ 150% de la BR
<b>Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres</b>	+ 150% de la BR
<b>ORTHODONTIE</b>	
<b>Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire</b>	+ 100% de la BR
<b>OPTIQUE</b>	<b>Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.</b>
<b>Grille optique</b>	Hors monture
Verre simple	+ 35 € par verre
Verre complexe	+ 50 € par verre
<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE non remboursée par la Sécurité sociale</b>	+ 250 € par an / par bénéficiaire / par œil
<b>PREVENTION ET MEDECINE DOUCE</b>	
<b>Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale (Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Sophrologie)</b>	+ 10 €/séance + une séance par an par bénéficiaire
Pilule contraceptive prescrite et non remboursée par la SS	+ 30 € par an par bénéficiaire
<b>DIVERS</b>	
<b>PSYCHOLOGIE ET PSYCHOMOTRICITE</b>	+ 10 €/séance + une séance par an par bénéficiaire

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :** Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS :** Sécurité sociale / **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR :** Base de remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale :** Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation :** Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique:** Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

## **Article 7 | Haut degré de solidarité**

Chaque entreprise devra s'assurer que son organisme assureur prévoit la mise en œuvre d'actions de prévention et de solidarité et comprend à ce titre des prestations à caractère non directement contributif, financées par 2 % des cotisations, hors taxes.

Les actions sociales peuvent être des aides à titre exceptionnel et ponctuel, au profit de salariés dont la situation psycho-sociale et financière le justifie.

Éventuellement, à titre complémentaire et dans la limite des disponibilités du fonds, des actions en vue de la prévention santé des salariés, de la protection de leurs proches et de leur patrimoine pourront être prévues.

## **Article 8 | Maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi Évin**

Au titre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, la couverture frais de santé organisée au présent accord sera maintenue à l'identique :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation de chômage, sans condition de durée, sous réserve qu'ils 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 (portabilité des garanties).

Les partenaires sociaux rappellent que l'organisme assureur 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, et ce, sous réserve qu'il en ait été informé préalablement ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Il est rappelé que l'employeur doit informer l'organisme assureur du décès afin que celui-ci adresse la proposition de maintien de la couverture aux ayants droit dans un délai de deux mois à compter du décès.

La garantie doit pendre effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées ci-dessus doivent respecter les dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

## **Article 9 | Rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage – « Portabilité »**

En application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail (sauf hypothèse de faute lourde) ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié conserve, selon les formes et conditions prévues par ledit article, le bénéfice de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise, pour une durée égale à celle de l'indemnisation chômage, dans la limite du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats consécutifs chez le même employeur). Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondi au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Il est rappelé que 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.

## **Article 10 | Évolution des dispositions légales et réglementaires**

En cas d'évolution des conditions légales et réglementaires intervenues postérieurement à la signature de cet accord, les partenaires sociaux établiront par avenant les aménagements nécessaires aux garanties et/ou aux cotisations du présent régime.

## **Article 11 | Communication et information**

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, les organismes assureurs concernés remettront à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la remettre à ses salariés, une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les cas de nullité, de déchéances, d'exclusions ou de limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

## **Article 12 | Caractère impératif du présent accord**

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord de branche, sauf si lesdits accords assurent des garanties au moins équivalentes.

## **Article 13 | Entrée en vigueur. Durée. Révision. Dénonciation. Formalités de dépôt**

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt requises par la loi et de la procédure d'extension conformément aux dispositions des articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail et de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux de la branche ont également décidé d'un commun accord que cet accord pourra à tout moment être révisé ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2261-7, L. 2261-8 et L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail, sans, pour autant, emporter dénonciation des autres dispositions de l'accord collectif du 29 septembre 2020 portant mise à jour de la CCN des fleuristes, de la vente et des services des animaux familiers en date du 21 janvier 1997.

La demande de révision peut intervenir à tout moment, à l'initiative de l'une des parties signataires. Elle doit être notifiée, par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de six mois.

De nouvelles négociations devront être engagées dans les trois mois suivant la signification de la dénonciation.

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

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Celui-ci fera l'objet des formalités nécessaires à son extension. Il prendra effet le 1<sup>er</sup> juillet 2022 pour les entreprises adhérentes à une organisation patronale signataire. Il entrera en vigueur pour toutes les entreprises de la branche le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension du présent accord.

## **Article 14 | Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés**

En raison de la nature des stipulations qu'il contient qui présentent un intérêt général de santé et de solidarité, le présent accord ne comporte aucune disposition spécifique au titre de l'article L. 2232-10-1 du code du travail pour les entreprises de moins de 50 salariés.

*Fait à Paris, le 13 juin 2022.*

(Suivent les signatures.)