

Accord
Accord du 19 novembre 2015 relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé

Préambule

En application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les organisations liées par la convention collective nationale des organismes de formation du 10 juin 1988 ont engagé une négociation afin de permettre à tous les salariés des organismes privés de formation d'accéder à une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Conformément à l'article 1er de cette loi, la négociation a porté sur :

- le contenu des garanties et sur leur niveau ;
- la répartition de la charge des cotisations entre employeurs et salariés ;
- les modalités de choix d'un organisme assureur ;
- le financement d'un objectif de solidarité ;
- les possibilités de dispense d'affiliation à l'initiative du salarié.

A l'issue des discussions, les organisations représentatives des employeurs et les organisations syndicales représentatives de la profession ont conclu le présent accord. Cet accord s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 16 de la convention collective nationale des organismes de formation du 10 juin 1988.

Article 1er

1. Objet et champ d'application

Le présent accord a pour objet d'instituer un régime minimum obligatoire de remboursement de frais de santé au plan national généralisé à tous les personnels des organismes de formation.

Il s'applique dans les entreprises relevant du champ d'application défini à l'article 1er de la convention collective nationale des organismes de formation du 10 juin 1988 (idcc 1516) y compris aux employeurs qui ont décidé d'appliquer volontairement la CNOF.

Article 2

2. Bénéficiaires

2.1. Le régime minimum obligatoire de remboursement de frais de santé a un caractère collectif, général et impersonnel. Il s'applique à tous les salariés des organismes de

formation, dès le premier jour de leur contrat de travail, sauf dispenses sollicitées autorisées.

2.2. La notion de salarié s'entend pour tous les bénéficiaires d'un contrat de travail : à durée indéterminée, à durée déterminée ou intermittent. Les intervenants mentionnés à l'article 1er de la convention collective nationale des organismes de formation étant exclus de son champ d'application le sont aussi du régime de remboursement complémentaire de frais de santé.

2.3. Bénéficiaire du régime tous les salariés au travail ou en arrêt pour cause de maladie, maternité, paternité ou accident au jour de l'entrée en vigueur du régime de frais de santé.

2.4. Les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent bénéficient du régime pendant les périodes non travaillées. Les cotisations salariales et patronales sont dues dans les mêmes conditions que pendant les périodes travaillées. A cet effet, l'employeur peut précompter les cotisations dues au titre des périodes non travaillées sur la rémunération des périodes travaillées. En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail entraînant la suspension ou la cessation du bénéfice du régime, le salarié est remboursé de l'éventuel trop-versé.

2.5. Dans l'attente de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale et de ses textes d'application, les salariés en contrat de courte durée ou à temps très partiel ont accès aux garanties collectives et obligatoires mises en place dans l'entreprise.

2.6. Les salariés exerçant dans les communautés, départements et régions d'outre-mer, bénéficient du présent régime pour autant qu'ils relèvent du régime obligatoire de la sécurité sociale française.

2.7. Les mandataires sociaux relevant du régime général de la sécurité sociale peuvent bénéficier du présent régime sur décision de l'organe de direction de l'organisme de formation.

Article 3

3. Dérogations à l'obligation d'adhésion à l'initiative du salarié

3.1. *Le régime est obligatoire sous réserve des facultés de dispenses d'adhésion prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et rappelées à titre informatif en annexe au présent accord. (1)*

3.2. La demande de dispense du salarié comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, et notamment du fait qu'en ne cotisant pas au régime il ne bénéficiera pas :

-des garanties du présent régime de frais de santé ;

-du financement patronal, de l'avantage attaché à ce financement et de la neutralité fiscale de sa propre cotisation ;

-de la portabilité de la couverture, 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 ;

-de la possibilité de contracter à titre individuel la même garantie avec une cotisation ne

pouvant dépasser plus de 50 % celle applicable aux actifs, en cas d'invalidité, de départ à la retraite, de chômage au-delà de la période de portabilité.

3.3. Les salariés doivent formuler leur demande de dispense par écrit auprès de leur employeur, accompagnée des justificatifs nécessaires, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime, leur embauche ou leur passage à temps partiel.

3.4. En cas de changement de situation (familiale, professionnelle...) justifiant une dispense d'affiliation, les salariés doivent impérativement adresser à leur employeur leur demande accompagnée des pièces justificatives avant le 30 juin pour une date d'effet au 1er juillet suivant ou avant le 31 décembre pour une date d'effet au 1er janvier suivant.

3.5. Les salariés doivent produire, tous les ans avant le 31 décembre, un document justifiant de la couverture dont ils bénéficient par ailleurs en matière de remboursements de frais de santé répondant aux conditions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et informer leur employeur de tout changement de situation justifiant leur affiliation au régime.

3.6. En tout état de cause, les salariés visés ci-dessus cotisent obligatoirement au régime sans possibilité de radiation à effet rétroactif :

-s'ils ne formulent pas leur demande de dispense d'affiliation dans les délais et conditions prévus au présent article ;

-s'ils cessent d'apporter les justificatifs exigés au cas par cas.

(1) Paragraphe étendu sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 911-7 et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et son décret d'application du 30 décembre 2015. (Arrêté du 6 février 2017 - art. 1)

Article 4

4. Couverture facultative des ayants droit (enfants et/ou conjoints)

Le salarié peut décider d'étendre le bénéfice des garanties à ses ayants droit en souscrivant de sa propre initiative une extension de couverture auprès de l'organisme assureur dans les conditions prévues par le protocole technique. La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, est exclusivement à la charge du salarié.

Pour la mise en œuvre des dispositions du présent article, sont considérés comme ayants droit :

Le conjoint du salarié, ce vocable étant utilisé pour désigner :

- le conjoint : l'époux (se) du salarié, non divorcé (e) ou non séparé (e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;

- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;

- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil , depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet

d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Les enfants du salarié, ce vocable étant utilisé pour désigner :

- les enfants du salarié légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin) ou qu'ils l'aient eu jusqu'à leur majorité, âgés :
- de moins de 21 ans ;
- ou de moins de 28 ans s'ils poursuivent leurs études dans l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris formation en alternance tels que contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage). A ce titre, ils doivent être inscrits à un régime de sécurité sociale des étudiants ou au régime général ou être inscrits à Pôle emploi comme primo-demandeur d'emploi ;
- quel que soit leur âge s'ils perçoivent une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés.

Article 5

5. Suspension du contrat de travail

· Modifié par Couverture complémentaire obligatoire frais de ... - art. 1er (VNE)

5.1. Le droit aux garanties est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail sauf dispositions spécifiques pour les salariés en contrat à durée indéterminée intermittent CDII (cf. article 2.4). En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période. La garantie reprend effet dès la reprise de travail par l'intéressé.

5.2. Toutefois, le régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé défini par le présent accord reste en vigueur, pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'une rente d'invalidité au titre du régime de prévoyance. Les cotisations salariales et patronales sont dues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés en activité.

5.3. Dans les cas où il y a suspension du droit à garanties, le salarié peut demander, à titre individuel, à l'organisme assureur, de continuer à bénéficier du régime de remboursement de frais de soins de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme.

Article 6

6. Maintien des garanties après la rupture du contrat de travail

6.1. Portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties 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 au sein du même organisme de formation. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre 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 fournit à l'organisme 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 son organisme assureur en fera la demande. La cessation du bénéfice des allocations du régime d'assurance chômage au cours de la période de maintien des garanties fait cesser le maintien. L'ancien salarié est donc tenu d'informer l'organisme assureur de tout changement dans sa situation ; en tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date de reprise d'un autre emploi.

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.

6.2. Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin »
Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture est maintenue par l'organisme assureur dans le cadre d'une adhésion individuelle au profit des anciens salariés bénéficiaires :

- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- d'une pension de retraite ;
- d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi,

sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à l'organisme assureur dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité.

Le tarif applicable aux personnes visées par le présent article ne peut être supérieur de plus de 50 % au tarif applicable aux salariés. L'organisme assureur justifie que le tarif appliqué à ces personnes n'excède pas la réalité du risque de cette population.

La cotisation est intégralement à la charge de l'ancien salarié.

Article 7

7. Garanties

7.1. Garanties obligatoires : « niveau 1 »

Les prestations garanties figurent en annexe du présent accord.

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de leur prise d'effet. Les garanties définies par le présent accord répondent aux critères des contrats responsables par référence aux articles L. 871-1 , R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les garanties seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes par accord entre

les signataires et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation.

Chaque bénéficiaire est tenu de respecter les conditions de prise en charge définies par le contrat d'assurance et rappelées dans la notice d'information sous peine de refus de couverture (notamment en ce qui concerne les obligations déclaratives, la transmission des documents justificatifs...).

7.2. Amélioration des garanties : « niveau 2 »

Les employeurs peuvent décider de mettre en place dans leur entreprise les garanties de « niveau 2 », qui figurent en annexe. Dans ce cas, les garanties revêtent un caractère collectif et obligatoire mis en œuvre dans les conditions prévues par le présent accord. Ainsi, et notamment, l'adhésion de tous les salariés est obligatoire, dès le premier jour du travail, sous réserve des dispenses autorisées par le présent accord. La cotisation est prise en charge dans les conditions prévues au présent accord, et notamment à l'article 8.

Article 8

8. Financement

8.1. Le financement des garanties est assuré par une cotisation moitié à la charge de l'employeur et moitié à la charge du salarié.

Financement niveau 1

8.2. La participation de l'employeur au financement des garanties rendues obligatoires par le présent accord s'élève au minimum à 0,545 %, PMSS (arrondi à 17,50 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 0,25 % PMSS (arrondi à 8 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

8.3. La participation du salarié pour la stricte application des garanties minimales rendues obligatoires par le présent accord (niveau 1) ne peut excéder 0,545 PMSS (arrondi à 17,50 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et 0,25 % PMSS (arrondi à 8 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle. Ces limites ne s'appliquent pas lorsque les garanties rendues obligatoires dans l'entreprise sont supérieures à celles du niveau 1 du présent accord.

Financement niveau 2

8.4. Si l'employeur souhaite mettre en œuvre le niveau 2, la participation de l'employeur au financement des garanties s'élève au minimum à 0,635 % PMSS (arrondi à 20,50 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 0,35 % PMSS (arrondi à 11 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

8.5. La participation du salarié pour la stricte application des garanties du niveau 2 ne peut excéder 0,635 % PMSS (arrondi à 20,50 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et 0,35 % PMSS (arrondi à 11 € pour l'année 2016) pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle. Ces limites ne s'appliquent pas lorsque les garanties rendues obligatoires dans l'entreprise sont supérieures à celles du niveau 2 du présent accord.

8.6. Conformément aux dispositions de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires du régime.

8.7. Les cotisations et répartition de la cotisation en cas de pluralité d'employeurs et de

travail à temps partiel sont renvoyées aux dispositions du futur décret.

Article 9

9. Solidarité et financement de l'action sociale

· Modifié par Régime obligatoire des frais de santé - art. 1er (VNE)

Dans le cadre de l' article L. 912-1 du code de la sécurité sociale , les signataires de l'accord du 19 novembre 2015 ont instauré des garanties présentant un degré élevé de solidarité.

Conformément à l' article R. 912-1 du code de la sécurité sociale , la part de la cotisation qui est affectée au financement des garanties présentant un degré élevé de solidarité est égale à 2 % de la cotisation globale hors taxes versée par l'entreprise à titre obligatoire.

Cette part de cotisation est affectée :

-soit, au financement de garanties servies dans le cadre de l'action sociale des organismes assureurs non recommandés, pour les entreprises non couvertes par un organisme assureur recommandé ;

-soit, au « fonds de solidarité » des organismes assureurs recommandés, pour les entreprises couvertes par un organisme assureur recommandé.

Le fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés bénéficie exclusivement aux salariés couverts par les organismes assureurs recommandés.

Dans le cadre du degré élevé de solidarité, les signataires de l'accord du 19 novembre 2015 décident de mettre en œuvre des mesures de solidarité qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles de l'organisme assureur qu'il soit recommandé ou non.

Les partenaires sociaux décident le financement, par la solidarité, pendant une durée maximale de 1 an, de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois, pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.

La commission paritaire de prévoyance et de santé (CPPS) peut décider chaque année, par voie d'avenant, la modification des mesures retenues et les modalités d'attribution. La CPPS procède aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime.

La CPPS contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

Les entreprises non adhérentes à l'un des organismes assureurs recommandés sont tenues de mettre en œuvre les mesures de solidarités définies au présent article.

Article 10

10. Organismes assureurs recommandés

10.1. Les signataires du présent accord sont soucieux de favoriser la mutualisation des risques au niveau de la branche afin notamment de pallier les difficultés susceptibles d'être rencontrées par certains organismes de formation lors de la mise en place d'une couverture complémentaire, de garantir l'égal accès aux garanties collectives, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé et d'uniformiser en conséquence les conditions d'emploi des salariés et les conditions de concurrence entre organismes de formation ainsi que pour permettre la mise en œuvre d'une solidarité professionnelle.

A cet effet, les signataires du présent accord ont fait le choix de recommander les trois organismes assureurs ci-dessous pour la mise en œuvre du régime frais de santé obligatoire :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la

sécurité sociale , dont le siège social est 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

- Harmonie mutuelle, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité , dont le siège social est 143, rue Blomet, 75015 Paris

- Malakoff Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Ces organismes ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Chaque organisme recommandé propose un contrat conforme aux dispositions du présent accord. La souscription de ce contrat par les entreprises auprès de ces organismes permet la mutualisation des risques au niveau de la branche par application d'un tarif unique à l'ensemble des entreprises, ainsi que l'accès au fonds de solidarité géré par les organismes assureurs recommandés.

10.2. La mise en œuvre du degré élevé de solidarité est mutualisée pour l'ensemble des entreprises adhérant à l'un des organismes assureurs recommandés. A cet effet, un fonds de solidarité unique est géré conjointement par les organismes assureurs recommandés, ou pour leur compte par l'un d'eux, sur lequel est affectée la part de cotisation fixée à l'article 9 et à partir duquel sont financées les mesures de solidarité pour les salariés des entreprises adhérentes.

10.3. Les annexes faisant partie du présent accord précisent les garanties et cotisations du régime obligatoire (niveau 1) et du régime amélioré (niveau 2) définis par le présent accord en cas d'adhésion à l'un des organismes assureurs recommandés.

10.4. Le choix des organismes assureurs recommandés est réexaminé par la commission paritaire au plus tard dans les 6 mois qui précèdent l'expiration d'une période de 5 ans à compter de la signature du présent accord et, en tout état de cause, au moins 3 mois avant la date d'échéance annuelle.

10.5. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, les organismes recommandés présentent un rapport, sur les années écoulées depuis la prise d'effet de la recommandation et sur les perspectives d'évolution du régime (nombre d'organismes adhérents, nombre de salariés affiliés, évolution des cotisations, des prestations, la sinistralité, les effets de la portabilité, la mise en œuvre des droits non contributifs...).

Article 11

11. Choix de l'organisme assureur par l'entreprise

Les partenaires sociaux de la branche rappellent que l'adhésion à l'un des organismes recommandés par la branche permet, d'une part, de mettre en œuvre une mutualisation entre tout ou partie des entreprises de la branche et, d'autre part, de bénéficier d'une meilleure prise en compte des spécificités du secteur professionnel ainsi que des services associés à cette mutualisation (action sociale, réseaux de soins, actions de prévention santé...). Pour autant, le choix de l'organisme assureur reste libre.

Les organismes de formation ayant choisi pour l'application du présent accord un autre organisme assureur que ceux recommandés doivent respecter intégralement et sans exception le dispositif conventionnel pour les garanties obligatoires (niveau 1), sans condition d'ancienneté et selon les dispenses d'affiliation rappelées à l'article 3.

De plus, le fonds de solidarité de la branche ne sera pas accessible aux salariés des

entreprises n'ayant pas choisi un assureur recommandé.

Le contrat d'assurance mettra en œuvre les garanties présentant un degré élevé de solidarité définies à l'article 9, et, à cet effet, le contrat d'assurance devra expressément faire référence au présent accord.

Article 12

12. Obligation d'information

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'organisme de formation employeur remet à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime de remboursement de frais de santé ainsi qu'à tout nouvel embauché une notice d'information sur ledit régime ; cette notice est établie sous la responsabilité de l'organisme assureur.

Les salariés sont informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toutes modifications de leurs droits et obligations.

Article 13

13. Commission paritaire de prévoyance et de santé (CPPS)

La commission paritaire de prévoyance et de santé instaurée par la convention collective a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime de frais de santé institué par le présent accord, notamment :

- l'application et l'interprétation du texte de l'accord ;
- l'examen des litiges résultant de cette application ;
- la conciliation ;
- l'examen des bilans annuels et comptes de résultats des organismes assureurs recommandés ;
- le contrôle des opérations administratives et financières des organismes assureurs recommandés ;
- les propositions d'ajustement et d'amélioration des dispositions de l'accord ;
- le suivi de la gestion du fonds de solidarité géré par les organismes assureurs recommandés ;
- le suivi de la mise en conformité des contrats existants.

La CPPS est saisie quand une saisine de la CPIV (commission paritaire d'interprétation) intervient sur la santé et la prévoyance afin que la CPPS donne un avis en tant que créatrice de l'accord et gestionnaire du régime.

Article 14

14. Modification, résiliation, dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut être modifié ou complété à tout moment par voie d'avenant. Toute demande de révision de l'une ou plusieurs des organisations signataires doit être accompagnée d'un projet de texte et examinée dans les 2 mois suivant la notification de cette demande. (3)

Chacune des organisations signataires a la possibilité de dénoncer le présent accord à la fin de chaque année civile, avec un délai de préavis de 3 mois. La dénonciation ne peut porter que sur l'ensemble de l'accord, à l'exception de l'article 10 relatif aux organismes assureurs recommandés et de l'annexe II relative aux cotisations des organismes assureurs recommandés, qui peuvent faire l'objet d'une dénonciation partielle. Les dispositions dénoncées resteront en vigueur jusqu'à la signature d'un nouvel accord ou, à défaut d'accord, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du délai de préavis.

(3) Alinéa étendu sous réserve de l'interprétation selon laquelle les entreprises qui n'adhèrent pas à (ou aux) organisme (s) recommandé (s) n'ont pas à financer le fonds de solidarité de la branche dont les prestations sont accessibles aux salariés des seules entreprises ayant choisi un assureur recommandé, étant entendu que les entreprises n'adhérant pas à un organisme recommandé sont tenues d'affecter 2 % des primes qu'elles versent au financement des prestations relevant du haut degré de solidarité. (Arrêté du 6 février 2017 - art. 1)

Article 15

15. Date d'effet et application

Le présent accord entre en vigueur le 1er janvier 2016 pour les entreprises adhérentes au syndicat patronal signataire.

Dans les autres cas, il est applicable à compter de la parution au Journal officiel de l'arrêté ministériel d'extension. Néanmoins, l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord sont invitées à en faire application dès le 1er janvier 2016, dans le cadre de la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés.

Conformément à l'article L. 2253-3 du code du travail, il ne peut être dérogé par accord d'entreprise aux dispositions du présent accord. Pour apprécier la notion de garanties au moins égales, la comparaison se fait sur l'ensemble des dispositions du présent accord (affiliation des salariés dès le premier jour de travail, application des cas de dispenses d'affiliation, financement...). Pour les prestations, la comparaison se fait sur chaque type de remboursement (ligne par ligne) de la couverture minimale de la branche (niveau 1).

Ainsi, doivent notamment être respectés :

- la répartition des cotisations appelées au titre de l'article 8 du présent accord « Financement » ;
- la cotisation patronale minimale définie à l'article 8 ;
- le niveau des garanties de la couverture obligatoire de « niveau 1 » défini dans l'annexe I ;
- l'accès à la couverture frais de santé sans condition d'ancienneté.

Les entreprises disposant à la date de signature du présent accord d'une couverture collective et obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé dont les garanties sont inférieures à la couverture minimale de la branche disposent d'un délai de 3 mois à compter de la publication de l'arrêté d'extension du présent accord pour se mettre en conformité avec les dispositions du présent accord.

Dans le respect des obligations légales et réglementaires en vigueur, les entreprises disposant à la date de signature du présent accord d'une couverture collective et obligatoire de remboursement complémentaire de frais de santé dont les garanties sont supérieures au niveau 1 qui constitue la couverture minimale disposent de 24 mois à compter du 1er janvier 2016, date d'entrée en vigueur du présent accord, pour se mettre en conformité avec les dispositions du présent accord.

Article 16

16. Modification du cadre législatif ou réglementaire

Les dispositions du présent accord ont été adoptées dans un cadre législatif et réglementaire en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront révisées sans délai, en tout ou partie, en cas de modification ou d'évolution des textes législatifs ou réglementaires.

Article 17

17. Dépôt, demande d'extension

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la nature et à la validité des conventions et accords collectifs.

Dans les conditions prévues par ces mêmes dispositions, il a été fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour être notifié à chacune des organisations représentatives.

Il est déposé au ministère du travail ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent accord au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget.

Annexes

Annexe I Prestations

- Modifié par Régime obligatoire des frais de santé - art. (VNE)
Prestations en complément de celles versées par la sécurité sociale
Conforme aux dispositions relatives au « contrat responsable » et au « panier de soins ANI »

	Niveau 1	Niveau 2
Hospitalisation et maternité		
Frais de séjour	TM (2) + 120 % BR	TM + 120 % BR

Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie OPTAM/ OPTAM-CO (1)	TM + 100 % BR (3) TM + 80 % BR	TM + 150 % BR TM + 100 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie non OPTAM/ OPTAM-CO	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait journalier hospitalier		
Frais de transport		
Frais de transport remboursés par la sécurité sociale	TM	TM
Médecins, auxiliaires médicaux, pharmacie		
Consultations/ visites médicales généralistes OPTAM/ OPTAM-CO	TM TM	TM TM
Consultations/ visites médicales généralistes non OPTAM/ OPTAM-CO	TM + 100 % BR TM + 80 % BR	TM + 150 % BR TM + 100 % BR
Consultations/ visites médicales spécialistes OPTAM/ OPTAM-CO	TM TM	TM TM
Consultations/ visites médicales spécialistes non OPTAM/ OPTAM-CO	TM TM	TM TM
Auxiliaires médicaux	TM	TM
Analyses		
Actes techniques OPTAM/ OPTAM-CO		
Actes techniques non OPTAM/ OPTAM-CO		
Radiographie, échographie		
Pharmacie		
Pharmacie remboursée à 65 % par la sécurité sociale	TM	TM
Pharmacie remboursée à 30 % par la sécurité sociale	TM	TM
Pharmacie remboursée à 15 % par la sécurité sociale	TM	TM
Appareillages, cure thermique		

Appareillage, prothèses orthopédiques et auditives	TM	TM
Cure thermale	TM	TM
Soins dentaires		
Soins conservateurs et chirurgicaux	TM	TM
Inlay/ onlay	TM + 20 % BR	TM + 20 % BR
Parodontologie remboursée par la sécurité sociale	TM	TM
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	60 € par an	60 € par an
Orthodontie		
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	TM + 25 % BR	TM + 25 % BR
Prothèses dentaires		
Prothèse remboursée par la sécurité sociale	TM + 100 % BR	TM + 175 % BR
Inlay-core remboursée par la sécurité sociale	TM + 50 % BR	TM + 50 % BR
Implantologie	200 € par an	200 € par an
Optique (4)		
Équipement simple	100 €	175 €
Équipement complexe	200 €	275 €
Équipement très complexe	200 €	275 €
Équipement mixte verres simple/ complexe	150 €	225 €
Équipement mixte verres simple/ très complexe	150 €	225 €
Équipement mixte verres complexe/ très complexe	200 €	275 €
Lentilles cornéennes prises en charge ou non par l'AM	TM + 60 € par an	TM + 60 € par an
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels)/ œil	200 € par œil par an	200 € par œil par an
Autres prestations		
Actes de prévention pris en	TM	TM

charge par le RO	30 € par séance (maximum 3 par an)	40 € par séance (maximum 4 par an)
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur)		
Prestations au titre du degré élevé de solidarité (art. 9 de l'accord du 19 novembre 2015) (5)		
Financement, pendant une période de 1 an – au titre du degré élevé de solidarité – de 100 % de la part salariale de la cotisation :		
– des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.		
1) DPTM = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :		
– OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;		
– OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).		
2) TM : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.		
3) BR : base de remboursement de la sécurité sociale.		
4) La prise en charge d'un équipement optique se compose d'une monture et deux verres et s'effectue tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.		
La périodicité de 2 ans ou de 1 an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part, la monture et, d'autre part, les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (monture ou verres).		
L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.		
Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D. 911-1,4°, du code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale. Par ailleurs, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €, selon les dispositions du contrat responsable.		
5) Prestations non contributives, dans la limite du fonds disponible.		

Annexe II Taux de cotisation auprès des organismes assureurs recommandés

Annexe II.1. – Cotisations 2016
Pour l'année 2016. – Cotisations du régime obligatoire « niveau 1 »
(En euros.)

	Régime obligatoire (Niveau 1)	Régime obligatoire (niveau 1) Alsace-Moselle
Couverture collective obligatoire		
Salarié	35,00	16,00
Couverture individuelle facultative au choix du salarié		
Conjoint	39,50	21,00
Enfant (cf. gratuité à compter du 3e enfant)	22,50	10,50

Pour l'année 2016. – Cotisation du régime amélioré « niveau 2 »

(En euros.)

	Régime amélioré (Niveau 2)	Régime amélioré (niveau 2) Alsace-Moselle
Couverture collective obligatoire		
Salarié	41	22
Couverture individuelle facultative au choix du salarié		
Conjoint	46	27
Enfant (cf. gratuité à compter du 3e enfant)	24	13

Pour l'année 2016. – Couverture « Evin » (retraités et anciens salariés)

(En euros.)

	Régime obligatoire (Niveau 1)	Régime obligatoire (niveau 1) Alsace-Moselle	Régime amélioré (Niveau 2)	Régime amélioré (niveau 2) Alsace-Moselle
Salarié	50,00	23,00	60,00	30,00
Conjoint	50,00	23,00	60,00	30,00
Enfant (cf. gratuité à compter du 3e enfant)	22,50	10,50	24,00	13,00

Annexe II.2. – Cotisations 2017

A partir du 1er janvier 2017. – Cotisations du régime obligatoire « niveau 1 »

(En pourcentage PMSS)

	Régime obligatoire (niveau 1)	Régime obligatoire (niveau 1) Alsace-Moselle

Couverture collective obligatoire		
Salarié	1,09	0,5
Couverture individuelle facultative au choix du salarié		
Conjoint	1,23	0,66
Enfant (cf. gratuité à compter du 3e enfant)	0,70	0,33

A partir du 1er janvier 2017. – Cotisations du régime amélioré « niveau 2 »
(En pourcentage PMSS)

	Régime amélioré (niveau 2)	Régime amélioré (niveau 2) Alsace-Moselle
Couverture collective obligatoire		
Salarié	1,27	0,7
Couverture individuelle facultative au choix du salarié		
Conjoint	1,43	0,84
Enfant (cf. gratuité à compter du 3e enfant)	0,75	0,41

A partir du 1er janvier 2017. – Couverture « Evin » (retraités et anciens salariés)
(En pourcentage PMSS)

	Régime obligatoire (niveau 1)	Régime obligatoire (niveau 1) Alsace-Moselle	Régime amélioré (niveau 2)	Régime amélioré (niveau 2) Alsace-Moselle
Salarié	1,55	0,71	1,86	0,93
Conjoint	1,55	0,71	1,86	0,93
Enfant (cf. gratuité à compter du 3e enfant)	0,70	0,33	0,75	0,41

Annexe III Dispenses d'adhésion

Peuvent être dispensés d'adhésion au régime frais de santé à leur initiative, en application de l'article 3 de l'accord et de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale :

– les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission 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 à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés 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 d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense ne peut alors jouer que 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 de 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 ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective frais de santé, à condition de le justifier chaque année :
- dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du même code ;
- 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 ;
- 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 ;
- 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 ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Ces dispenses sont rappelées à titre indicatif. Toute évolution des dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sera immédiatement applicable de plein droit, nonobstant l'absence de révision de la présente annexe qui n'a qu'une valeur informative.