Brochure n° 3218

Convention collective nationale

**IDCC : 1261. – ACTEURS DU LIEN SOCIAL ET FAMILIAL
(Centres sociaux et socioculturels,
associations d'accueil de jeunes enfants,
associations de développement social local)**

AVENANT N° 02-15 DU 15 JUILLET 2015

RELATIF À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE

NOR : ASET1550851M

IDCC : 1261

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux ont exprimé leur volonté commune de compléter la convention collective par la mise en place d'un régime collectif et obligatoire de couverture complémentaire santé pour les salariés de la branche des acteurs du lien social et familial.

Article 1^{er}

Cadre juridique

Le présent avenant a pour objet de créer au sein de la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial un chapitre XIV intitulé « Complémentaire santé ».

Au 1^{er} janvier 2016, les entreprises ayant déjà mis en place une complémentaire santé devront *a minima* prévoir les garanties définies à l'avenant. Dans le cas contraire, le régime mis en place dans l'entreprise devra s'adapter aux dispositions conventionnelles.

Deux annexes et deux protocoles complètent cet avenant, dénommés :

- annexe I « Tableau des garanties » ;
- annexe II « Définition des ayants droit ».

Article 2

Champ d'application

L'avenant n° 02-15 s'applique à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des acteurs du lien social et familial du 4 juin 1983 tel qu'il est défini en son article 1^{er}.

Article 3

Objet

Le chapitre XIV intitulé « Complémentaire santé » sera composé de 12 articles rédigés comme suit :

« PRÉAMBULE

La complémentaire santé obligatoire permet, notamment, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation en complément du régime de base de la sécurité sociale.

Afin d'assurer une meilleure mutualisation des risques, les partenaires sociaux décident de recommander trois organismes. Ces organismes ont été choisis à la suite d'une procédure de mise en concurrence transparente.

Le présent chapitre prévoit un régime de base qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables.

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire ;
- l'accès aux garanties collectives, pour tous les salariés de la branche, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé ;
- l'organisation d'un niveau de couverture complémentaire santé obligatoire conforme aux besoins de la branche ;
- la prévision du mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi ;
- l'affectation d'une partie du budget du régime à une politique d'action sociale et de prévention adaptée aux métiers de la branche, et menée en collaboration avec tous les autres dispositifs d'action sociale mis en œuvre par les organismes spécifiquement dédiés à la branche.

L'ensemble des organismes assureurs recommandés propose des garanties définies paritairement. Ces contrats de garanties collectives sont identiques auprès des trois organismes recommandés.

Ce présent chapitre est complété par le protocole technique et financier, et par le protocole de gestion administrative. Ces protocoles sont communs aux organismes assureurs et conclus dans les mêmes conditions.

Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective conclu avec chacun des organismes recommandés.

Article 1^{er}

Adhésion du salarié

1.1. Définition des bénéficiaires

Tous les salariés relevant de la convention collective des acteurs du lien social et familial et justifiant de 4 mois consécutifs d'ancienneté dans l'entreprise sont bénéficiaires de la présente complémentaire santé.

Les salariés bénéficient dans ce cas de la complémentaire santé dans le mois suivant l'acquisition de l'ancienneté requise.

1.2. Dispenses d'affiliation

a) Définition des cas de dispense

Conformément aux différents cas de dispense prévus par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale du régime de complémentaire santé obligatoire, il sera possible pour le salarié relevant de l'un des cas de demander à être dispensé de la couverture complémentaire santé obligatoire.

La dispense d'affiliation relève du choix du salarié et doit résulter d'une demande écrite de sa part.

Ces cas de dispenses sont ouverts pour :

- 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 en matière de couverture de frais de santé ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMUC) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou de cette aide. Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 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 annuelle ;
- 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 être valable que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, à condition de le justifier chaque année, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

Il est précisé qu'un salarié ayant droit au titre de la couverture complémentaire santé dont bénéficie son conjoint, salarié dans une autre entreprise, ne pourra demander à être dispensé d'adhérer à la couverture complémentaire santé obligatoire de son employeur que si le régime de complémentaire santé de son conjoint prévoit une couverture obligatoire du conjoint.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurances souscrits auprès des assureurs recommandés devront prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

b) Procédure pour bénéficier d'un cas de dispense

Le salarié souhaitant être dispensé de la complémentaire santé doit en faire la demande par écrit, auprès de l'employeur, qui la conservera. Cette demande doit indiquer leur refus d'affiliation et le motif exact parmi les cas listés au *a* et être accompagnée des justificatifs nécessaires.

L'absence de délivrance du justificatif dans les délais impartis entraîne l'affiliation automatique.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette demande de dispense devra être formulée :

- dans les 30 jours suivant la mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire pour les salariés présents au moment de cette mise en place ou en cas de changement de situation personnelle du salarié ;
- au plus tard au terme de son 4^e mois d'ancienneté pour les salariés embauchés après la mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire.

A défaut de demande de dispense, les salariés sont affiliés au premier jour du mois suivant l'acquisition de l'ancienneté requise.

Ces salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision d'être dispensés de la complémentaire santé et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur affiliation à la complémentaire santé obligatoire.

A défaut, le salarié est tenu de cotiser et de s'affilier à la couverture complémentaire santé obligatoire mis en place dans leur entreprise lorsqu'il cesse de justifier de sa situation d'exclusion.

Article 2

Caractère responsable du contrat

Le contrat d'assurance collective de complémentaire santé obligatoire respecte les dispositions des articles L. 871-1 et D. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale relatives au contrat d'assurance maladie complémentaire dit "responsables".

Article 3

Garanties

Les garanties sont établies sous réserve des évolutions légales et réglementaires.

Le niveau des garanties ainsi que le taux de cotisation pourront être modifiés par accord entre la commission paritaire nationale de négociation et les assureurs recommandés sur proposition de la commission paritaire santé et prévoyance.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties.

Le tableau des garanties mises en place au titre de la couverture complémentaire santé obligatoire est annexé au présent chapitre de la convention collective (annexe I "Tableau des garanties").

Article 4

Financement du contrat frais de santé

4.1. Structure de la cotisation

Les salariés acquittent obligatoirement la part salariale de la cotisation "salarié isolé" servant au financement des garanties définies au présent chapitre, sous réserve des dispenses valablement accordées au titre de l'article 1.2 du présent chapitre.

Parallèlement à leur couverture obligatoire "salarié isolé", les salariés peuvent couvrir leurs ayants droit de façon facultative. Les cotisations afférentes à cette extension de garantie sont entièrement à la charge du salarié, sous réserve des dispositions particulières de l'article 4.3 ci-après.

Les cotisations, les conditions et les modalités de mise en œuvre de cette couverture sont déterminées dans le contrat d'assurance sous le contrôle de la commission paritaire santé et prévoyance.

La définition des ayants droit est inscrite à l'annexe II du présent chapitre de la convention collective.

Toutes options facultatives, à la demande du salarié, venant compléter le régime obligatoire applicable seront à sa charge exclusive.

Si un régime obligatoire plus favorable est mis en place dans l'entreprise la répartition des cotisations est soumise aux dispositions prévues au paragraphe 4.3 ci-après.

4.2. Assiette de cotisation : montant ou taux

Les cotisations servant au financement de la couverture complémentaire santé obligatoire sont établies en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce plafond de la sécurité sociale évolue chaque année, ce qui, de fait, impacte le montant de la cotisation.

Les cotisations ci-dessous définies sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés.

4.2.1. Régime général de sécurité sociale

	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE minimal obligatoire (Alternative 1)	OPTION 1 Différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (Alternative 2)	OPTION 2 Différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (Alternative 3)
Salarié isolé obligatoire	1,47 %	0,32 %	0,69 %
Conjoint facultatif	1,47 %	0,32 %	0,69 %
Enfant facultatif	0,66 %	0,15 %	0,30 %

4.2.2. Régime local : Alsace-Moselle

	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE minimal obligatoire (Alternative 1)	OPTION 1 Différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (Alternative 2)	OPTION 2 Différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (Alternative 3)
Salarié isolé obligatoire	0,99 %	0,32 %	0,69 %
Conjoint facultatif	0,99 %	0,32 %	0,69 %
Enfant facultatif	0,44 %	0,15 %	0,30 %

Conformément aux dispositions du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire. Les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

4.3. Répartition des cotisations

La cotisation "salarié isolé" est prise en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- part patronale : 50 % ;
- part salariale : 50 %.

La cotisation du premier et du deuxième "enfant facultatif" est prise en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- part patronale : 25 % ;
- part salariale : 75 %.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance auprès des assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation "salarié isolé" correspondant à la couverture complémentaire santé obligatoire mise en place dans leur entreprise, ainsi qu'une prise en charge à hauteur de 25 % de la cotisation "enfant facultatif" du premier et du deuxième enfant.

Article 5

Maintien de la complémentaire santé et suspension du contrat de travail

a) La complémentaire santé et les cotisations salariale et patronale seront maintenues pour le salarié dans les cas suivants :

- congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ;
- arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles ;

- accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle ;
- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial.

En tout état de cause, les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

L'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisation. Dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

b) En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (notamment en cas de congé sabbatique, congés sans solde, congé parental d'éducation), la couverture complémentaire santé obligatoire pourra être maintenue à la demande du salarié dès la suspension du contrat de travail, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Dans une telle hypothèse, le salarié doit faire la demande de ce maintien de la couverture complémentaire santé à l'organisme assureur.

c) Dans les cas décrits au *b*, dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

Ces salariés pourraient bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle de la cotisation globale dans le cadre des mesures d'action sociale mise en place par l'article 8 du présent chapitre.

Article 6

Portabilité de la complémentaire santé cessation des garanties Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé

6.1. Maintien des garanties au titre de la portabilité

Le salarié qui remplit les conditions définies à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale pourra bénéficier de la portabilité de la couverture complémentaire santé obligatoire pendant la durée de sa période d'indemnisation du chômage, sans pouvoir dépasser la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont successifs chez le même employeur, dans la limite de 12 mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés actifs, pendant la période de portabilité, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

Le financement de cette portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue à l'article 4.2 de la couverture complémentaire santé obligatoire.

Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

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

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée au dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou à l'expiration du dispositif de portabilité défini à l'article 6.1.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Evin), une garantie frais de santé est proposée sans condition de durée, de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les 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 ;

Les intéressés doivent en faire la demande soit dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail, ou le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient (art. 6.1 du présent chapitre) ;

- les personnes garanties du chef d'un salarié décédé pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Les tarifs applicables aux personnes visées par cet article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

La commission paritaire santé et prévoyance assurera le suivi du régime de portabilité (art. 6.1 du présent chapitre) et du régime du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (art. 6.2 du présent chapitre) en lien avec les organismes assureurs recommandés. Les modalités de suivi seront établies dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Article 7

Cas des multi-employeurs

Conformément à l'article R. 242-1-5 du code de la sécurité sociale, un salarié travaillant chez plusieurs employeurs a l'obligation d'en informer chacun de ses employeurs. Cette information est nécessaire afin que chaque employeur puisse se conformer aux obligations légales ou conventionnelles.

Article 8

Action sociale

8.1. Création du fonds d'action sociale

Il est institué un fonds d'action sociale destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité.

Ce fonds est financé par tout ou partie d'une quote-part de 2 % de la cotisation "salarié isolé".

8.2. Gestion du fonds d'action sociale

Le fonds d'action sociale est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation et après validation de la commission paritaire nationale de négociation.

8.3. Prestations du fonds d'action sociale

Au cours de la première année de fonctionnement du régime, les partenaires sociaux décideront des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du fonds d'action sociale, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui seront identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées à ce fonds dédié au vu des cotisations versées. Ces actions peuvent prendre la forme suivante :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale) bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- le financement d'actions de prévention ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. Les partenaires sociaux décident alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montant et périodes), des orientations des actions de prévention, des règles de fonctionnement et modalités en matière d'action sociale.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. A cette fin, les organismes recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

Article 9

Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de couverture complémentaire santé obligatoire est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation de la commission paritaire nationale de négociation.

Les organismes recommandés communiquent chaque année les documents rapports financiers, et analyses nécessaires aux travaux de suivi du régime de la commission paritaire santé et prévoyance, au plus tard au 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, les garanties et/ou cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire nationale de négociation.

Article 10

Révision des conditions de mutualisation et de recommandation

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime défini par le présent chapitre tous les 5 ans maximum à compter du 1^{er} janvier 2016. A cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 9 du présent chapitre.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) souscrit(s) avec les organismes recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve d'un préavis de 2 mois avant échéance.

Article 11

Organismes recommandés

Les organismes d'assurance sont recommandés après une procédure de mise en concurrence préalable conforme aux articles L. 912-1 et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux recommandent aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent chapitre, pour assurer la couverture complémentaire santé obligatoire, le(s) organisme(s) suivant(s) :

- APICIL Prévoyance, institut de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, siège social : 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire.

Le groupement de coassurance mutualiste composé de :

- Mutuelle CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris, substituée intégralement par MUTEX Union, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex ;
- ADREA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, siège social : 25, place de la Madeleine, 75008 Paris ;
- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille ;
- EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, siège social : 44, rue Copernic, 75016 Paris ;
- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex ;
- MUTEX, entreprise régie par le code des assurances, inscrite au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

Ces mutuelles, coassureurs entre elles dans le cadre du groupement de coassurance mutualiste, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à MUTEX.

- SOLIMUT Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE, sous le n° 782 814 818, adhérente à l'Union mutualiste du groupe SOLIMUT, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité n° SIREN 539 793 885, siège social : 146 A, avenue de Toulon, 13010 Marseille.

Article 12

Mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise

Dans les entreprises dotées de comité d'entreprise, de conseil d'établissement ou, à défaut, de délégués du personnel, les employeurs devront consulter ces instances représentatives du personnel sur la mise en place ou la modification de la complémentaire santé obligatoire. »

Article 4

Révision

Les dispositions du présent avenant pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

Article 5

Entrée en vigueur. – Dépôt – Extension

Le présent avenant est à durée indéterminée.

Il entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016, sous réserve d'une application anticipée volontaire des entreprises.

L'avenant fera l'objet d'un dépôt auprès de la direction générale du travail.

Les signataires demandent l'extension du présent avenant dans les conditions fixées par les articles L. 2261-15, L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

Fait au Kremlin-Bicêtre, le 15 juillet 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNAECSO.

Syndicats de salariés :

FSS CFDT ;

FSS CFTC ;

FFSAS CFE-CGC.

ANNEXE I

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale			
Garanties BASE CONVENTIONNELLE (1)	Régime N°1 (décret n°2014-1025) (2)	Alternative N°1	Alternative N°2
Frais d'hospitalisation : avec une limite annuelle de 25% du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionné (hors ticket modérateur)			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	100% BR	200% BR	250% BR
Honoraires	100% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait actes lourds	FR : actuellement 18 €	FR : actuellement 18 €	FR : actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Non conventionnée	non couverte	non couverte	non couverte
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	1,5% du PMSS
Non conventionnée	non couverte	non couverte	1,5% du PMSS
Frais médicaux			
Consultations - visites Généralistes	100% BR	100% BR	120% BR
Consultations - visites Spécialistes	100% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR (médicaments à service médical rendu majeur ou important)	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couvert	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	175% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	175% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie)	100% BR	125% BR	200% BR
Radiologie	100% BR	100% BR	175% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	175% BR	275% BR
Prothèses Auditives (3)	100% BR	10% du PMSS par oreille (maximum 1 prothèse par oreille, par an et par bénéficiaire)	30% du PMSS par oreille (maximum 1 prothèse par oreille, par an et par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale			
Garanties BASE CONVENTIONNELLE (1)	Régime N°1 (décret n°2014-1025) (2)	Alternative N°1	Alternative N°2
Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du Décret n°2014-1025			Alternative N°3
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	170% BR	200% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	125 % BR	250% BR	350% BR
Refusée par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	250% BR
Prothèses dentaires			
Remboursées: dents du sourire	125 % BR	370% BR	470% BR
Remboursées: dents de fond de bouche	125 % BR	270% BR	370% BR
Inlays-cores	125 % BR	170% BR	200% BR
parodontologie	non couverte	non couverte	non couverte
Implantologie	non couverte	non couverte	12% du PMSS par an et par bénéficiaire
Garanties BASE CONVENTIONNELLE (1)	Régime N°1 (décret n°2014-1025) (2)	Alternative N°1	Alternative N°2
Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire, verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans			Alternative N°3
Verres et Montures	Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction	Grille Optique n°1	Grille Optique n°2
Lentilles			Grille Optique n°3
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables	non couverte	3% du PMSS par an et par bénéficiaire	6% du PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	non couverte	22% du PMSS par œil	22% du PMSS par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverte	5% du PMSS	10% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couverte	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 25 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	non couverte	non couverte	100 € par an et par bénéficiaire
Par bénéficiaire			
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	non couverte	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire

(1) Les garanties sont définies pour les praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins. Prévoir 20% BR en plus pour les praticiens ayant signé le Contrat d'Accès aux Soins (conformément au décret n°2014-1374)

(2) Tel que défini dans le Décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

(3) Il convient de couvrir le TM pour respecter le décret du 8 septembre, pour les moins de 20 ans 10% du PMSS ne peut être suffisant (BR allant jusqu'à 1400 euros).

Grille n°1	Enfants < 18 ans					Adultes					Remboursement total y compris SS	
	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Remboursement total de l'assureur	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M		Remboursement total de l'assureur
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>												
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	200,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €	280,00 €	280,00 €	284,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243540, 2291088, 2291089	26,68 €	16,01 €	75,00 €	240,00 €	2265330, 2280660, 2285776, 2295896	4,12 €	2,47 €	100,00 €	330,00 €	330,00 €	336,65 €
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	280,00 €		7,62 €	4,57 €	125,00 €	380,00 €	380,00 €	390,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>												
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	220,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €	300,00 €	300,00 €	306,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	260,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €	350,00 €	350,00 €	359,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	300,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €	400,00 €	400,00 €	409,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	340,00 €	2288519, 2298523	9,45 €	5,67 €	150,00 €	430,00 €	430,00 €	443,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>												
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	320,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €	450,00 €	450,00 €	460,49 €
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	360,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €	480,00 €	480,00 €	494,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>												
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	380,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €	490,00 €	490,00 €	504,15 €
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	420,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €	530,00 €	530,00 €	561,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €			131,70 €

(*) Le remboursement assureurs s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes et tous les ans pour les mineurs sauf changement de correction médicalement constatée

ANNEXE II

Selon l'article 4.1 « Structure de la cotisation », les ayants droit s'entendent comme :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré, même séparé de corps, mais non divorcé, à condition de ne pas exercer d'activité ;
- la personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre ou pacte civil de solidarité (Pacs), à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente (une seule personne peut être désigné ayant droit au titre de ces deux premières définitions) ;
- les enfants fiscalement à charge du salarié sont rattachés à leurs parents assurés en qualité d'ayants droit sous certaines conditions :
 - un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des deux peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux (double rattachement) ;
 - un enfant de 16 à 20 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux s'il remplit au moins une des conditions suivantes :
 - poursuivre des études ;
 - être en apprentissage ;
 - être dans l'incapacité permanente de travailler (infirmité ou maladie chronique) ;
 - vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge effective, totale et permanente ;
 - un enfant de 20 à 26 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des deux s'il ne bénéficie pas à titre personnel d'un régime de protection sociale et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
 - être inscrit dans un établissement d'enseignement ;
 - être à la recherche d'un premier emploi ou inscrit à Pôle emploi ;
 - avoir dû interrompre ses études primaires, secondaires ou technologiques pour cause de maladie.

Le rattachement aux parents est possible jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle le jeune a 26 ans.