

CHAPITRE 4 FRAIS DE SANTE

Article 123 Principes généraux

Les présentes dispositions marquent la volonté de la branche de s'investir dans la santé des salariés appartenant aux entreprises relevant de son champ d'application, en leur accordant notamment une meilleure prise en charge de leurs dépenses de santé.

C'est dans ce contexte que les parties décident que les dispositions du présent chapitre seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2012, sans attendre leur extension.

C'est dans le cadre de cet objectif que les présentes dispositions s'inscrivent, dans la mesure où il a pour objet la mise en place d'un régime conventionnel complémentaire et collectif de remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.

Ce régime répond aux trois objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui, d'une part, permet de palier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire et, d'autre part, garantit l'accès aux garanties collectives, sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé,
- la solidarité entre l'ensemble des entreprises et les salariés de la profession sous la forme, notamment, du développement d'un fonds de secours,
- la proximité par la gestion administrative d'un régime proche des salariés, grâce à l'intervention d'organismes implantés régionalement.

L'assurance complémentaire frais de santé proposée respecte les exigences légales d'un contrat responsable défini par les dispositions légales concernant :

- la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004, ayant posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France,
- les décrets des 29 septembre 2005 et 1^{er} août 2007,
- l'arrêté du 8 juin 2006, fixant les actes de prévention qualifiants pour le contrat responsable.

Les prestations prévues par le présent régime interviennent en complément du régime de la sécurité sociale et tous autres organismes.

Le contrat ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours

de soins et L.161-36-2 du code de la sécurité sociale, en cas de refus du droit d'accès au dossier médical personnel,

- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la participation forfaitaire de 1 euro à la charge des assurés sociaux, imputée sur les remboursements effectués par la sécurité sociale,
- les franchises prévues au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.

Le contrat prend en charge la participation de l'assuré au titre des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de Santé Publique et figurant sur la liste de prestations fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Article 124

Organisme assureur

AG2R PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le Code la Sécurité sociale sise 35 boulevard BRUNE 75014 PARIS, est désignée comme organisme assureur du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront régulièrement réexaminées par le comité paritaire de gestion et de suivi. La désignation sera réexaminée dans un délai de cinq ans à compter de la date d'effet du présent régime.

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective au régime remboursement complémentaire de frais de soins de santé et l'affiliation des salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire.

A cette fin, les entreprises concernées recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Par exception, les entreprises disposant à la date de signature des présentes dispositions d'un contrat de frais de soins de santé à adhésion obligatoire au profit de leurs salariés, assurant des garanties identiques ou supérieures à celles prévues par le présent régime, ne seront pas tenues d'adhérer à l'organisme désigné tant que ledit contrat sera en vigueur pour autant que la cotisation due par le salarié, à niveau de prestations identiques, ne dépasse pas celle prévue à l'article 130.

Les entreprises disposant à la date de signature des présentes dispositions d'un contrat de frais de soins de santé au profit de leurs salariés, assurant des garanties inférieures à celles prévues par le présent régime, devront adhérer à l'organisme désigné au plus tard le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date d'extension des présentes dispositions.

Le niveau des garanties est apprécié poste par poste. Les garanties maintenues à titre gratuit pour les ayants-droit en cas de décès et pour les salariées en congé maternité font parties des postes concernés pour apprécier le caractère identique ou supérieur des garanties.

Article 125 **Bénéficiaires**

125.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime de remboursement de frais de santé bénéficie obligatoirement aux salariés titulaires d'un contrat de travail, quelle qu'en soit la nature, ayant 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise, y compris les salariés en arrêt maladie indemnisés, directement par l'entreprise ou indirectement par un organisme tiers, à la date de prise d'effet des présentes dispositions.

La définition de l'ancienneté à prendre en compte pour l'application du présent régime est celle prévue à l'article 22 de la présente convention collective.

Les salariés en suspension du contrat de travail sans rémunération, ni revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance, à la date d'application des présentes dispositions ne bénéficieront pas des garanties du présent régime le temps de leur absence non indemnisée, à l'exception de ceux qui souhaitent y adhérer en assurant entièrement à leur charge les cotisations.

125.2. Dérogations au caractère obligatoire

Certains salariés ont la faculté, s'ils le souhaitent, de ne pas adhérer au présent régime, sans pour autant remettre en cause le caractère obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- les salariés bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée et les travailleurs saisonniers, étant précisé que ces derniers dès lors qu'ils sont titulaires d'un contrat à durée déterminée de moins de douze mois bénéficient d'une dispense d'affiliation qui est de droit,
- les salariés à temps très partiel ou apprentis, à l'exclusion des salariés à employeur multiples qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération, l'employeur pouvant dans ce cas décider d'acquitter la part salariale de cotisation,
- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire instituée dans le cadre de la couverture maladie universelle,
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement de frais de santé au titre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples),
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime, d'une couverture complémentaire individuelle de remboursement de frais de santé au titre d'un contrat d'assurance individuel. Cette dispense d'affiliation sera temporaire pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du présent régime obligatoire et la date d'échéance du contrat individuel,
- les salariés qui bénéficient déjà, à la date d'effet du présent régime, d'une couverture complémentaire obligatoire familiale de remboursement de frais de santé par leur conjoint. Cette faculté n'est applicable qu'à la date d'adhésion de l'entreprise, pour les salariés présents au jour de la mise en place dudit régime, cette faculté n'est plus ouverte après cette date même pour les salariés embauchés postérieurement.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au présent régime, auprès de leur employeur, dans la limite d'un délai d'un mois à la date de mise en place du régime de l'entreprise, ou pour ceux

embauchés postérieurement, dans un délai d'un mois courant à compter de leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation. A défaut, ils seront tenus d'adhérer et de cotiser au régime.

125.3. Extension des garanties aux ayants droit du salarié

Conformément à l'article 125.1 susvisé, seule l'adhésion des salariés est obligatoire.

Toutefois, les salariés peuvent opter facultativement pour une extension du présent régime à tout ou partie de leur famille, en optant pour la couverture ayant droit.

Est considéré comme ayant droit, le conjoint, le concubin (lié ou non par un Pacs avec le salarié) du salarié et les enfants à charge répondant à la définition suivante :

- les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :
- les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :
 - les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire y compris en application d'un jugement de divorce, retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
- quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes, c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité, au sens de la législation fiscale définie ci-après :
 - pris en compte dans le calcul du quotient familial,
 - ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié est autorisé à déduire de son revenu imposable.
- toutes personnes à charge du salarié au sens des assurances sociales.

Le salarié pourra opter pour ce dispositif optionnel à l'occasion de chaque échéance annuelle.

Il pourra y mettre fin lors de cette même échéance annuelle, sous réserve de respecter un délai de préavis de 2 mois.

Le financement de cette option sera à la charge exclusive du salarié.

En cas d'option, tout changement affectant la situation de famille du salarié assuré doit être porté à la connaissance de l'organisme assureur.

125.4. Autres bénéficiaires

Peuvent adhérer de manière facultative au présent régime, en acquittant l'intégralité de la cotisation :

- les anciens salariés retraités qui bénéficiaient du présent régime au moment de la liquidation de leurs droits à l'assurance retraite,
- les salariés en suspension du contrat de travail sans salaire, ni revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 125.1.

Article 126

Adhésion - Affiliation

A compter de la date d'effet du présent régime, les entreprises doivent affilier, par la signature d'un bulletin d'affiliation, les salariés bénéficiaires définis à l'article 125 auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 124.

Tant qu'il est en vigueur, aucun salarié bénéficiaire ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le présent régime.

Article 127

Information

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera obligatoirement remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du présent régime.

Les salariés seront informés, préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification des garanties.

Article 128

Garanties – Limite des garanties

128.1. Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité Sociale au titre de la législation maladie, accidents du travail, maladies professionnelles et maternité ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-dessous.

Les garanties maternité prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité Sociale au titre du risque maternité.

L'organisme assureur verse, en cas de naissance d'un enfant du salarié, viable ou mort-né, une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION (1)	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour	130% de la BR	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	250% de la BR	
▪ Actes d'anesthésie (ADA)		
▪ Autres honoraires	28,00 € par jour	
▪ Chambre particulière	100 % des frais réels par jour et dans la limite de la réglementation en vigueur	
▪ Forfait hospitalier engagé		
▪ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)	35,00 € par jour	
Transport remboursé SS	100% de la BR	
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)	100% de la BR	
▪ Spécialistes (Consultations et visites)	100% de la BR	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	100% de la BR	
▪ Actes techniques médicaux (ATM)	100% de la BR	
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI)		
▪ Actes d'échographie (ADE)		
▪ Auxiliaires médicaux	100% de la BR	
▪ Analyses	100% de la BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
▪ Chirurgie réfractive des yeux (Myopie, Presbytie, Astigmatisme et Hypermétropie)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7% du PMSS par œil	
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie	100% de la BR	
Pharmacie non remboursée SS		
▪ Contraceptifs (pilules et patches) non remboursés par la SS et patches anti-tabac	Crédit annuel par bénéficiaire de 1% du PMSS	
Dentaire		
▪ Soins dentaires (à l'exception des inlay simple, onlay)	100% de la BR	
▪ Inlay simple, Onlay	100% de la BR	
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS	200% de la BR	

▪ Inlay core	200% de la BR
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la SS	110% de la BR(2)
▪ Orthodontie acceptée par la SS	180% de la BR
▪ Orthodontie refusée par la SS	110% de la BR(2)
Prothèses non dentaires (acceptées SS)	
▪ Prothèses auditives	Crédit annuel par bénéficiaire de 1000,00 €
▪ Orthopédie & autres prothèses	
Optique	
▪ Monture	100% de la BR plus un crédit annuel par bénéficiaire de 2,5% du PMSS
▪ Verres	100% de la BR plus un crédit annuel par bénéficiaire de 5% du PMSS
▪ Lentilles acceptées par la SS	100% de la BR plus un crédit annuel par bénéficiaire de 5% du PMSS
▪ Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire de 7% du PMSS
Cure thermique (acceptée SS)	
▪ Frais de traitement et honoraires	Néant
▪ Frais de voyage et hébergement	Néant
Maternité	
▪ Naissance d'un enfant déclaré	100,00 € Le niveau ne peut être inférieur à celui mentionné au poste hospitalisation médicale et chirurgicale
Médecines hors nomenclature	
▪ Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	20,00 € par acte, limité à 4 actes par année civile.
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 (3)	100% de la BR

SS = Sécurité sociale, BR = Base de remboursement de la sécurité sociale ; PMSS = Plafond Mensuel Sécurité sociale ; € = Euro.

Les postes exprimés en crédit annuel s'entendent par année civile.

- (1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.
- (2) Sur la base de la cotation NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) si celle-ci était acceptée.
- (3) Liste des actes de préventions :
 - a. Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
 - b. Détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum
 - c. Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
 - d. Dépistage de l'hépatite B
 - e. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - i. Audiométrie tonale ou vocale
 - ii. Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - iii. Audiométrie vocale dans le bruit
 - iv. Audiométrie tonale et vocale
 - v. Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie
 - f. Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
 - g. Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - i. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - ii. Coqueluche : avant 14 ans ;
 - iii. Hépatite B : avant 14 ans ;
 - iv. BCG : avant 6 ans
 - v. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
 - vi. Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant

- vii. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

128.2. Limites des garanties - Exclusions

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Toutefois, si la caisse de Sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité Sociale et selon les garanties prévues par le présent régime,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale,
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties.
 - engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires,
 - engagés au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices,
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues à l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code la Sécurité Sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité Sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de Sécurité Sociale, les règlements éventuels seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des

Actes Médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité Sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité Sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel, le crédit annuel correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré.

Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de Sécurité Sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

128.3. Plafond des remboursements

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base de la Sécurité sociale pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

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

Article 129

Suspension de garantie

L'adhésion du salarié est maintenue dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont il relève :

- en cas d'arrêt de travail pour cause de congé d'adoption ou de paternité,
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle,
- 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.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise poursuit normalement le versement de sa contribution pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre quote-part de cotisations, qui sera prélevée normalement.

Après la fin du maintien de salaire total ou partiel, le bénéfice du régime sera suspendu jusqu'à la reprise effective d'activité du salarié et chacune des parties sera dispensée du versement des contributions finançant ledit régime.

Dans ces conditions, les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins se situe durant cette période de suspension ne donnent pas lieu à une prise en charge au titre du présent régime.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

Dans le cadre d'une suspension du contrat de travail sans salaire, ni revenu de substitution provenant d'un régime de prévoyance, les salariés ont la possibilité de demander à bénéficier du maintien du présent régime à titre individuel et facultatif, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article 125.1.

Dans ce cas, les cotisations seront à la charge exclusive des salariés. Le précompte des cotisations ne sera pas assuré par l'employeur.

Pendant la période définie à l'article L. 331-2 du Code de la Sécurité Sociale au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la Sécurité Sociale au titre du risque maternité et tant que le contrat de travail est en vigueur, les garanties du présent régime seront maintenues à la salariée sans paiement des cotisations.

Toute reprise de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du 1er jour du mois qui suit la reprise d'activité.

Article 130

Cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime.

Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Pour les années 2012 et 2013, les cotisations mensuelles contributions et taxes comprises, exprimées en pourcentage du PMSS sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

Cotisations (1)	Participation patronale	Participation salariale	Montant total
Salarié Régime général de la Sécurité Sociale	0,59	0,56	1,15
Salarié Régime local Alsace Moselle	0,34	0,33	0,67
Ayants-Droit Régime Général de la Sécurité Sociale	/	1,68	1,68
Ayants-Droit Régime local Alsace Moselle	/	0,92	0,92

(1) exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale

A compter du 1^{er} janvier 2014, et au 1^{er} janvier de chaque année, les cotisations seront indexées au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 124 dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-9 du code de la Sécurité sociale, procédera, sans suspension des garanties pour le salarié, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Article 131 **Revalorisation de la cotisation**

Les cotisations peuvent être révisées et/ou modifiées au 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend :

- de l'évolution des dépenses de santé prévues sur la base des éléments fournis par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie pour l'exercice en cours,
- de l'équilibre technique global du régime qui prend en compte l'équilibre (rapport prestations/cotisations) du régime frais de soins de santé.

Toute évolution des cotisations suivra la clé de répartition définie à l'article 130.

Le comité paritaire de gestion et de suivi du régime exerce un rôle prépondérant dans le cadre du pilotage du régime.

Article 132

Prestations

132.1. Règlement des prestations

L'organisme assureur procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

132.2 Tiers payant

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques, dentaires ou d'autres professions bénéficiant d'un accord de tiers payant.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

L'entreprise s'engage à demander la restitution de la carte santé auprès du salarié, si elle est en cours de validité, dans le délai de quinze jours suivant la cessation définitive des garanties.

132.3. Prescription

Toutes actions dérivant du présent régime sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

132.4. Recours contre les tiers responsables

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Article 133

Maintien des garanties

Pour le salarié et ses éventuels ayants-droit, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à

l'entreprise ou, en cas de maintien des droits au titre de l'article 134 du présent régime, le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être garanti.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

133.1. Le salarié

Le régime de frais de santé prévu par les présentes dispositions pourra être maintenu au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité,
- des anciens salariés bénéficiaires de prestations du Pôle Emploi,
- des anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur désigné à l'article 124 dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou la fin de la période de portabilité prévue à l'article 134.

Si les salariés en font la demande, ce maintien de garanties prendra effet au plus tard au lendemain de la demande.

Les garanties dont bénéficient les anciens salariés sont identiques à celles relatives aux prestations versées aux salariés de l'entreprise.

Les tarifs applicables aux anciens salariés visés par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Pour les années 2012 et 2013, la cotisation mensuelle, contributions et taxes comprises, sera appelée conformément au tableau ci-après :

Cotisations (1)	Montant total
Adulte Régime général de la Sécurité Sociale	1,44
Adulte Régime local Alsace Moselle	0,84
Enfant Régime Général de la Sécurité Sociale	0,73
Enfants Régime local Alsace Moselle	0,38

(1) exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale

133.2. Les ayants-droits

Lorsque leurs garanties cessent, les ayants-droit du salarié couvert par le présent régime peuvent bénéficier d'une couverture frais de santé sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément à l'organisme assureur désigné.

En cas de décès d'un salarié bénéficiaire du présent régime, y compris en période de portabilité des droits, ses ayants-droit bénéficieront des garanties du présent régime,

sans paiement des cotisations, pendant 12 mois à compter du premier jour du mois suivant le décès.

Ont la qualité d'ayant-droit les bénéficiaires visés à l'article 125.3 du présent régime.

A la fin de la période de gratuité, les ayants-droit pourront bénéficier d'une couverture frais de santé sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément à l'organisme assureur désigné à l'article 124 du présent régime.

Article 134 **Portabilité des droits**

Sont bénéficiaires du régime les anciens salariés des entreprises, dont la rupture du contrat de travail ouvre droit au régime d'indemnisation de l'assurance chômage.

Ils bénéficient du maintien des garanties du régime de remboursement frais de santé dès le lendemain de la fin de leur contrat de travail.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

Le maintien des garanties est facultatif.

Ainsi, les bénéficiaires disposent de la faculté de renoncer au maintien des garanties, sous réserve de le notifier par écrit, à l'entreprise, dans les dix jours suivant la date de cessation de leur contrat de travail.

Toute renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties de prévoyance.

Les anciens salariés susvisés devront fournir chaque mois à l'entreprise un document attestant de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice du régime cessera dans les hypothèses suivantes :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle et de cessation concomitante du bénéfice du régime d'assurance chômage. Dans une telle hypothèse, il appartiendra au salarié concerné de transmettre à l'entreprise ou à l'assureur le justificatif de cessation du régime d'assurance chômage,
- en cas de non-paiement par l'ancien salarié des cotisations destinées au financement du régime,
- en cas de décès.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les mêmes proportions qu'antérieurement.

En cas de révision de la cotisation des salariés en activité, la cotisation des anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité sera révisée dans les mêmes conditions.

Les cotisations salariales seront payées par le biais d'un précompte effectué sur le solde de tout compte dont le montant correspond à l'intégralité des cotisations dues ainsi que des charges salariales y afférentes.

Cette quote part sera cependant remboursée, sur demande justifiée du salarié, en tout ou partie, en cas de reprise d'une activité professionnelle avant la fin de la période de portabilité, mettant fin à la prise en charge par le régime d'assurance-chômage.

Les bénéficiaires de la portabilité des droits pourront, à l'issue de la période de portabilité, bénéficier d'un maintien de garanties de la couverture de remboursement de frais de santé dans les conditions de l'article 4 de la loi EVIN et des dispositions du contrat d'assurance.

Dans ce cas, le délai de 6 mois prévu à l'article 133 pour pouvoir effectuer une demande de maintien des garanties, est reporté au terme de la période de portabilité, laquelle peut atteindre 9 mois.

Article 135

Fonds social

Un fonds social est instauré au sein du présent régime ayant pour objet d'attribuer aux salariés des aides à caractère social dans le cadre du régime de remboursement des Frais de santé, mis en place par la profession.

Les aides à caractère exceptionnel sont versées aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse, selon les critères définis par la Commission de Secours Paritaire. Elles interviennent pour compléter des dépenses médicales au-delà des prises en charge de la Sécurité Sociale et éventuellement du présent régime, sans pouvoir excéder les frais réels exposés par les salariés et dans les conditions et limites prévues par la réglementation sur les contrats frais de santé responsables.

Les aides sont accordées par une Commission de Secours Paritaire créée pour gérer le Fonds de Secours. Elles possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, d'assiduité.

Article 136

Comité paritaire de gestion et de suivi du régime

Le suivi du présent régime par les partenaires sociaux est effectué par un comité paritaire de suivi et de gestion constitué sous forme d'association entre les représentants des organisations syndicales de salariés et d'employeurs signataires de la présente Convention Collective.

Ce comité a pour vocation d'assurer le pilotage du régime au mieux des intérêts des salariés et entreprises de la Branche.

Il fonctionnera grâce à une indemnité de 1 % des cotisations brutes prélevées sur le compte de résultat prévu par l'article 131 du présent régime notamment pour :

- couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, salaires, secrétariat, édition),
- former et informer les négociateurs paritaires,
- financer les études et l'information nécessaires au fonctionnement du régime.

Les modalités de fonctionnement de ce comité seront détaillées aux statuts de l'association susmentionnée.

Article 5 : Révision

Chaque syndicat signataire ou adhérent peut demander la révision de tout ou partie du présent avenant selon les modalités suivantes :

- toute demande de révision doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à chacun des autres signataires ou adhérents et comporter, outre l'indication des dispositions dont la révision est demandée, des propositions de remplacement,
- le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 3 mois suivant la réception de cette lettre, les parties devront ouvrir une négociation en vue de la rédaction d'un nouvel accord.

Article 6 : Dénonciation

Le présent avenant pourra être dénoncé conformément à l'article L. 2261-9 et suivants du Code du travail par l'un ou l'autre des signataires ou adhérents.

La dénonciation sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à chacun des autres signataires ou adhérents et déposée par la partie la plus diligente auprès des services du Ministère du Travail et du secrétariat-greffe du Conseil de Prud'hommes.

Lorsque l'avenant a été dénoncé par la totalité des signataires, ou adhérents, employeurs ou la totalité des signataires, ou adhérents, salariés, la dénonciation entraîne l'obligation pour tous les signataires ou adhérents de se réunir, au plus tard dans un délai de trois mois suivant la réception de la lettre de dénonciation en vue d'engager des négociations conformément aux dispositions de l'article L2261-10 du code du travail.

Durant les négociations, l'avenant reste applicable sans aucun changement.

Si un nouvel accord est signé dans le délai de 12 mois suivant l'expiration du préavis, les dispositions du nouvel accord se substitueront intégralement à l'avenant dénoncé.

A défaut d'accord dans ce délai de 12 mois, l'avenant ainsi dénoncé reste applicable sans changement pendant ce délai.

Passé ce délai de 12 mois, le texte de l'avenant cesse de produire ses effets, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L2261-13 du code du travail.

Article 7 – Entrée en vigueur et application effective de l'avenant.

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

A l'exception des dispositions du Chapitre 4 du Titre 6, relatif au Frais de santé, qui prendront effet dès le 1^{er} janvier 2012, l'ensemble des autres dispositions du présent avenant prendra effet à compter du lendemain de la date de publication de l'arrêté d'extension au Journal Officiel, sous réserve d'une non

opposition dans un délai de quinze jours courant à compter de sa date de notification.

Article 8 – Dépôt et publicité

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour remise à chaque organisation patronale et syndicale concernée et permettre l'accomplissement des formalités légales de dépôt et de publicité.

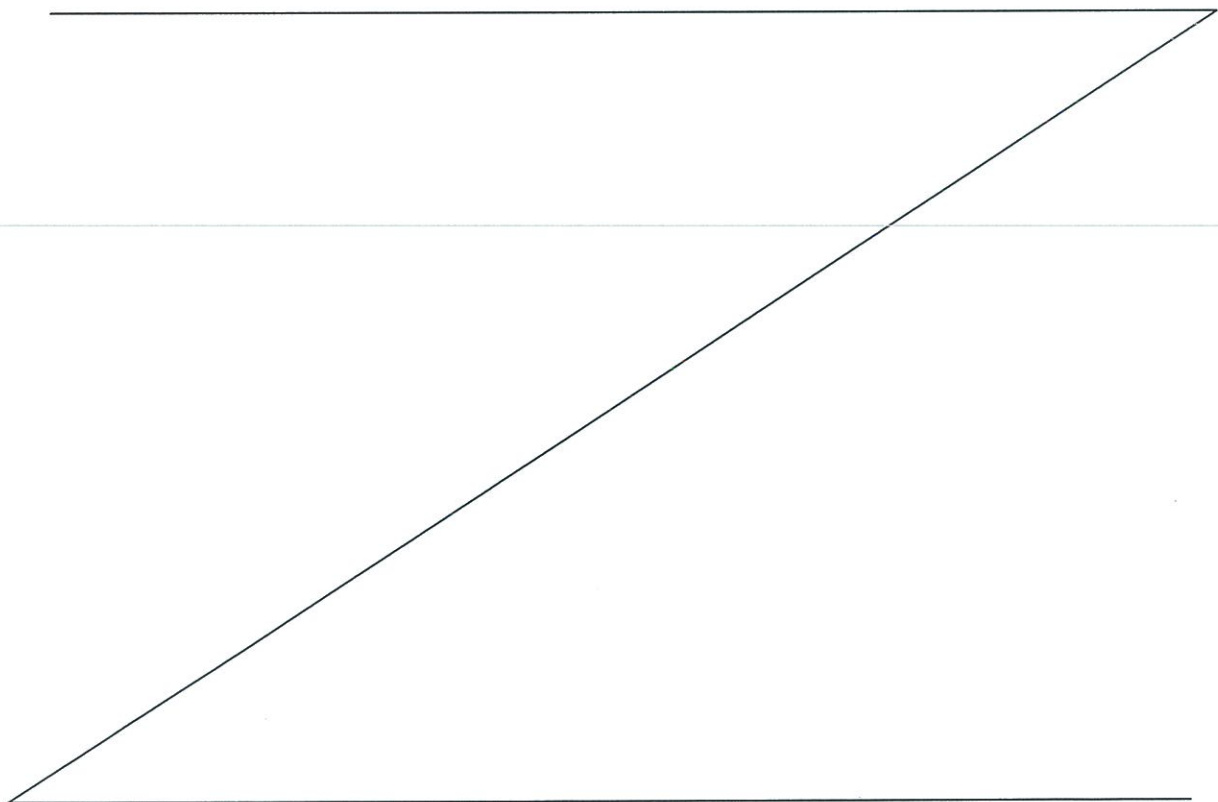
Il sera notifié par la délégation patronale à l'ensemble des organisations syndicales représentatives, à l'issue de la séance de signature, par remise d'un exemplaire de l'avenant signé contre récépissé s'il a été signé en séance, à défaut par lettre recommandée avec accusé de réception.

Il sera déposé par la délégation patronale, en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès des services centraux du Ministre chargé du travail.

La délégation patronale remettra également un exemplaire du présent avenant au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Son extension sera demandée à l'initiative de la délégation patronale auprès du Ministre chargé du travail.

Fait à Paris, le 11 octobre 2011,



**FEDERATION DES ENTREPRISES DE BOULANGERIE ET PATISSERIE
FRANCAISES**

GROUPEMENT INDEPENDANT DES TERMINAUX DE CUISSON (GITE)

FEDERATION GENERALE AGROALIMENTAIRE C.F.D.T.

**FEDERATION DES SYNDICATS C.F.T.C. « COMMERCE, SERVICE ET
FORCE DE VENTE »(CSFV)**

FEDERATION NATIONALE AGROALIMENTAIRE – C.F.E. - C.G.C.

**FEDERATION GENERALE DES TRAVAILLEURS DE L'AGRICULTURE DE
L'ALIMENTATION, DES TABACS ET DES SECTIONS CONNEXES –
F.G.T.A. – F.O.**

**FEDERATION NATIONALE AGROALIMENTAIRE ET FORESTIERE –
F.N.A.F. - C.G.T.**