

Brochure n° 3010

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1978. – FLEURISTES, VENTE**  
**ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS**

ACCORD DU 3 JUILLET 2012

RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1251149M

IDCC : 1978

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux, réunis en commission mixte paritaire les 15 décembre 2010 et 27 janvier 2011, ont décidé de créer, au sein de la branche fleuristes, vente et services des animaux familiers, un régime frais de santé, complétant la convention collective nationale du 21 janvier 1997 étendue.

Cet accord permet de renforcer l'attractivité de la branche et de favoriser l'accès des salariés à des dispositifs de santé sans considération d'âge, ni d'état de santé et à des tarifs avantageux.

Pour ce faire, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation du risque « frais de santé » auprès d'un organisme d'assurance désigné, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

C'est dans ce cadre que les partenaires sociaux ont signé le 3 juillet 2012 un accord national relatif aux frais de santé dans la branche fleuristes, vente et services des animaux familiers, qui complète et doit être considéré comme un avenant à la convention collective nationale du 21 janvier 1997 étendue.

Cet accord annule et remplace tout accord antérieur ayant le même objet et notamment l'accord du 27 janvier 2011 et son avenant n° 1.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Objet de l'accord*

Le présent accord collectif instaure en complément du régime conventionnel de prévoyance :

- une garantie frais de santé obligatoire au profit des salariés des entreprises de la branche des fleuristes, vente et services des animaux familiers. Ce régime est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) ;
- une mutualisation de ce régime frais de santé auprès d'un organisme désigné : l'institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM).

Cette mutualisation permettra aux salariés de bénéficier d'une couverture, que chaque entreprise n'aurait pas pu leur proposer individuellement aux mêmes conditions tarifaires.

## Article 2

### *Champ d'application professionnel et géographique*

Le champ d'application professionnel et géographique de l'accord national du 3 juillet 2012 est celui défini par l'article 1.1 modifié de la convention collective nationale des fleuristes, de la vente et des services des animaux familiers du 21 janvier 1997 dont il constitue un avenant.

## Article 3

### *Adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel*

A compter de l'entrée en vigueur du présent accord, l'obligation d'adhérer au régime frais de santé s'applique aux entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale étendue fleuristes, vente et services des animaux familiers, ainsi que celles qui y ont adhéré :

- soit nouvellement créées quelle que soit leur forme juridique ;
- soit préexistantes.

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

Les entreprises sont tenues de régulariser administrativement leur adhésion auprès de l'organisme d'assurance désigné à l'article 10, en retournant le bulletin d'adhésion visé à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale dûment rempli.

Les entreprises qui, à la date d'effet du présent accord, ne disposent pas d'un régime frais de santé proposant des niveaux et conditions de garanties strictement supérieures, risque par risque, y compris la portabilité (dans les conditions visées à l'article 8.C ci-dessous), à celles visées à l'article 6 du présent accord, devront adhérer au régime frais de santé obligatoire auprès de l'organisme d'assurance désigné pour la totalité du personnel visé à l'article 4 ci-après ; et ce dans un délai ne pouvant excéder 12 mois à compter de la date d'effet de l'accord et au plus tard à la date d'échéance de leur contrat en cours.

## Article 4

### *Salariés bénéficiaires du régime frais de santé*

L'ensemble des salariés (y compris les mandataires sociaux ayant le statut de salarié) titulaires d'un contrat de travail non suspendu <sup>(1)</sup>, à durée déterminée ou indéterminée, cadres et non cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions de la convention collective nationale du 14 mars 1947 (art. 4, 4 bis et 36), présents à l'effectif des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord de prévoyance de la convention collective nationale des fleuristes, vente et services des animaux familiers bénéficie du régime frais de santé à partir de 1 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

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

Le salarié bénéficiaire du présent accord est nommé ci-après le participant.

Néanmoins, des dispenses d'affiliation au régime frais de santé obligatoire des fleuristes, vente et services des animaux familiers sont prévues pour les salariés relevant des situations suivantes :

- les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent bénéficier d'une dispense temporaire d'affiliation au régime frais de santé obligatoire de la branche jusqu'à l'échéance de leur contrat individuel, sous réserve de fournir un document attestant de l'affiliation à la CMU-C ;

---

(1) La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération et sans versement d'indemnités journalières complémentaires, financées en tout ou partie par l'employeur.

- les salariés à temps partiel et les apprentis, qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, peuvent, à leur demande, bénéficier d'une dispense d'affiliation au régime frais de santé obligatoire de la branche ;
- les salariés à employeurs multiples peuvent être également dispensés d'affiliation au régime frais de santé obligatoire de la branche, dès lors qu'ils en font la demande par écrit, auprès de leur employeur, dans les 15 jours qui suivent la mise en place du régime ou de leur embauche et produisent dans le même délai, et par la suite tous les ans, un document justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs à titre obligatoire en matière de remboursements de frais de santé ;
- enfin, les apprentis peuvent également bénéficier, à leur demande, d'une dispense d'affiliation au régime frais de santé obligatoire de la branche, dans l'une des deux situations suivantes :
  - en cas d'apprentissage d'une durée supérieure ou égale à 12 mois, en produisant un document justifiant une couverture souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
  - en cas d'apprentissage d'une durée inférieure à 12 mois sans autre condition.

Il incombe à l'employeur d'informer le salarié de la manière la plus claire et précise possible des conséquences de sa dispense d'affiliation.

## Article 5

### *Financement du régime frais de santé*

Les cotisations sont dues rétroactivement à la date d'embauche du participant dès qu'il a rempli la condition d'ancienneté requise pour bénéficier de la garantie frais de santé.

Le paiement de cette cotisation génère une prise en charge rétroactive dès la date d'entrée des frais engagés durant cette période.

Les cotisations forfaitaires mensuelles s'élèvent à :

*(En euros.)*

RÉGIME GÉNÉRAL – HORS ALSACE-MOSELLE			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	20	10	10
Extension facultative conjoint	23	–	23
Extension facultative par enfant (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> )	11	–	11

*(En euros.)*

RÉGIME ALSACE-MOSELLE			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	14,60	7,30	7,30
Extension facultative conjoint	16,70	–	16,70
Extension facultative par enfant (gratuité à partir du 3 <sup>e</sup> )	8	–	8

## Article 6

### *Prestations du régime frais de santé*

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

Le régime conventionnel frais de santé de la convention collective nationale étendue des fleuristes, vente et services des animaux familiers est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et

arrêtés pris pour son application (et notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale). Par la suite, les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonné, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.

Les obligations de prise en charge prévues en cas de respect du parcours de soins coordonnés sont respectées. La participation de l'assuré (ticket modérateur) pour au moins deux des prestations de prévention figurant sur la liste définie par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 est entièrement prise en charge.

De même, l'intégralité des dépassements d'honoraires sur les actes techniques, plafonnés à hauteur de 50 % du tarif opposable, est remboursée pour les médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie réanimation ayant souscrit une option de coordination.

#### B. – Etendue de la garantie

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

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

La garantie comprend le remboursement de la participation forfaitaire supportée par l'assuré en application des dispositions de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pour les actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à un montant fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (à titre indicatif, à 120 € pour 2011).

Le montant des prestations versées par l'organisme d'assurance désigné ajouté, d'une part, aux remboursements du régime de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire et, d'autre part, aux montants de la contribution forfaitaire, des franchises médicales et de l'éventuelle majoration de participation financière maintenue à la charge de l'assuré, ne peut excéder les dépenses engagées, déclarées à la sécurité sociale.

#### C. – Personnes garanties

Le participant est le seul bénéficiaire obligatoire du régime conventionnel frais de santé.

Cependant, il a également droit, en contrepartie du paiement de cotisations liées aux extensions facultatives décrites à l'article 5 « Financement du régime frais de santé », au remboursement des frais engagés par :

- le conjoint, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou le concubin.

Le concubin doit vivre sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;

- les enfants du participant ou de son conjoint, ou de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
    - à sa charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
    - ou âgés de moins de 21 ans, sous contrat d'apprentissage et sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime frais de santé au titre de leur activité salariée,
- relevant du même foyer fiscal.

#### D. – Tableau de garanties

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME CONVENTIONNEL obligatoire
Nature des frais	Montant des prestations
	Secteur conventionné
Honoraires médicaux (consultations, visites)	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Frais pharmaceutiques	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Honoraires chirurgicaux : – actes de chirurgie – actes d'anesthésie – actes techniques médicaux – actes d'obstétrique	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Hospitalisation/Frais de séjour groupe homogène de séjour	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Chambre particulière (hors maternité)	
Transport	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale <sup>(3)</sup>
Frais d'analyses médicales	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Frais d'auxiliaires médicaux	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Radiologie : – acte d'imagerie	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Echographie	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Soins dentaires	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Dentaire : – prothèses dentaires remboursées <sup>(2)</sup> par la sécurité sociale – soins orthodontiques remboursés <sup>(2)</sup> par la sécurité sociale à 70 % – soins orthodontiques remboursés par la sécurité sociale à 100 %	100 % BR <sup>(1)</sup> 100 % BR <sup>(1)</sup> 100 % BR <sup>(1)</sup>
Optique	3 % PMSS <sup>(4)</sup> pour l'appareillage optique par an et par bénéficiaire <sup>(3)</sup>
Orthopédie – Appareillage – Prothèse autre que dentaire	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Autres soins et traitements (indemnités kilométriques, indemnités de déplacement, frais de transport)	100% BR - SS <sup>(1)</sup>
Actes de prévention	Prise en charge au titre du poste dont il relève, et au minimum au niveau du ticket modérateur

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME CONVENTIONNEL obligatoire
Nature des frais	Montant des prestations
	Secteur conventionné
Tarifs salarié seul (*)	20 €
(*) Les tarifs s'entendent en euros par mois. (1) BR : base de remboursement de la sécurité sociale. SS : remboursement de la sécurité sociale. (2) Les actes non référencés par la sécurité sociale dans la CCAM (classification commune des actes médicaux) et considérés comme hors nomenclature dans l'ancienne NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) ne sont pas pris en charge. (3) Le plafond retenu est celui en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement. (4) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. NB. – Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) : ne sont ainsi notamment pas pris en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majorations du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés.	

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	RÉGIME CONVENTIONNEL obligatoire
Nature des frais	Montant des prestations
	Secteur conventionné
Honoraires médicaux (consultations, visites)	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Frais pharmaceutiques	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Honoraires chirurgicaux : – actes de chirurgie – actes d'anesthésie – actes techniques médicaux – actes d'obstétrique	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Hospitalisation/Frais de séjour groupe homogène de séjour	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Chambre particulière (hors maternité)	
Transport	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Forfait hospitalier	-
Frais d'analyses médicales	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Frais d'auxiliaires médicaux	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Radiologie : – acte d'imagerie	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Echographie	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Soins dentaires	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Dentaire : – prothèses dentaires remboursées <sup>(2)</sup> par la sécurité sociale ; – soins orthodontiques remboursés <sup>(2)</sup> par la sécurité sociale à 90 % ; – soins orthodontiques remboursés par la sécurité sociale à 100 %	100 % BR 100 % BR 100 % BR
Optique	3% PMSS <sup>(4)</sup> pour l'appareillage optique par an et par bénéficiaire <sup>(3)</sup>
Orthopédie – Appareillage – Prothèse autre que dentaire	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>
Autres soins et traitements (indemnités kilométriques, indemnités de déplacement, frais de transport)	100 % BR - SS <sup>(1)</sup>

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	RÉGIME CONVENTIONNEL obligatoire
Nature des frais	Montant des prestations
	Secteur conventionné
Actes de prévention	Prise en charge au titre du poste dont il relève, et au minimum au niveau du ticket modérateur
Tarifs salarié seul (*)	14,60 €
(*) Les tarifs s'entendent en euros par mois. (1) BR : base de remboursement de la sécurité sociale. SS : remboursement de la sécurité sociale. (2) Les actes non référencés par la sécurité sociale dans la CCAM (classification commune des actes médicaux) et considérés comme hors nomenclature dans l'ancienne NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) ne sont pas pris en charge. (3) Le plafond retenu est celui en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement. (4) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. NB. – Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) : ne sont ainsi notamment pas pris en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majorations du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés.	

## Article 7

### *Maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi Evin*

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

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien de garanties relative à la mise en œuvre de la « portabilité » définie à l'article 8 ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivants le décès.

Les tarifs appliqués aux personnes visées ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicable aux salariés actifs.

## Article 8

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

#### A. – Dispositions générales

Conformément à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 et ses avenants, en cas de rupture du contrat de travail à durée indéterminée ou de rupture ou de fin de contrat à durée déterminée (sauf hypothèse de la faute lourde) ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, l'ex-salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et dans la limite de 9 mois de couverture. En conséquence, un participant ayant travaillé moins de 1 mois dans l'entreprise ne bénéficie pas de ce maintien des garanties.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

En cas de modifications des dispositions de l'accord national interprofessionnel susvisé, une révision des conditions de ces garanties et du montant de la cotisation devra être effectuée, et ce, dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

## B. – Mise en œuvre et déroulement de la portabilité

L'employeur doit proposer au salarié dont le contrat de travail est rompu dans les conditions rappelées ci-dessus, le maintien de la couverture frais de santé dont il bénéficiait en tant que salarié.

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties. Dans ce cas, la renonciation qui est définitive et concerne l'ensemble des garanties dont il bénéficiait dans l'entreprise, doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

En cas d'acceptation du salarié ou à défaut de renonciation expresse, le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier de ce dispositif qui entre en application à la date de cessation du contrat de travail, l'ancien salarié doit fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage, et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus.

La suspension des allocations de chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongé d'autant.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- la date d'effet de la retraite sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit et ce, dans la limite de 9 mois ;
- la date d'effet de la dénonciation du présent accord, tel que défini à l'article 16.

## C. – Financement

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation uniquement pour la cotisation appelée au titre de la garantie « frais de santé obligatoire salarié seul ». Le financement est inclus dans les cotisations obligatoires appelées au titre des participants en activité et fixées à l'article 5 « financement du régime frais de santé ».

Les extensions familiales ne sont pas prises en compte au titre de la mutualisation.

Le maintien des garanties supérieures au régime conventionnel est organisé au sein de chaque entreprise par l'employeur.

### **Article 9**

#### *Evolution des dispositions légales et réglementaires*

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions légales et réglementaires en vigueur, les changements apportés à ces conditions postérieurement à cet accord ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme d'assurance désigné qui sera, en pareil cas, fondé à proposer aux partenaires sociaux les aménagements nécessaires aux garanties et/ou aux cotisations du régime frais de santé.

### **Article 10**

#### *Désignation de l'organisme d'assurance*

Afin d'assurer la mutualisation, le portage et le pilotage du régime frais de santé de la convention collective nationale des fleuristes, vente et services des animaux familiers, les parties au présent accord ont désigné, en qualité d'organisme assureur, l'institution de prévoyance de groupe Mornay (IPGM), institution de prévoyance agréée régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé Tour Mornay, 5 à 9, rue Van-Gogh, 75012 Paris.



Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. Pour ce faire, la commission mixte paritaire se réunira 6 mois avant l'échéance qui précédera l'expiration de ce délai de 5 ans.

## **Article 11**

### *Communication et information*

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

Cette notice informera également les salariés visés à l'article 4 du présent accord ayant opté pour une dispense d'affiliation des conséquences de leur choix.

## **Article 12**

### *Etablissement des comptes de résultats*

Les comptes de résultats du régime frais de santé seront établis par l'organisme assureur désigné, en application des dispositions prévues par la loi n° 89-1009 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990. Ces comptes seront transmis aux partenaires sociaux, au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos.

Afin de permettre un meilleur suivi technique et une meilleure appréhension de l'équilibre du régime frais de santé, les résultats correspondant au maintien des garanties tel que visé à l'article 8 relatif à la « portabilité » seront isolés. Le compte de résultats correspondant à ce maintien des garanties sera présenté à la fin d'une période de 2 ans afin de mesurer son impact sur le régime frais de santé de la branche ; en cas de déficit le coût de la mutualisation de la portabilité sera financé intégralement par prélèvement sur les réserves constituées aux comptes de résultats.

## **Article 13**

### *Comité paritaire de suivi du régime*

Le comité de suivi prévu à l'article 10.D de l'avenant n° 5 du 22 mars 2005 à l'accord « Prévoyance » du 9 décembre 1997 qui instaure un comité paritaire de gestion voit ses attributions étendues au suivi du présent accord collectif santé.

Ce comité se réunira au moins deux fois par an.

## **Article 14**

### *Information sur les régimes supplémentaires*

#### **A. – Régime supplémentaire obligatoire frais de santé**

En complément du régime conventionnel frais de santé, les entreprises peuvent souscrire auprès de l'organisme assureur désigné un contrat collectif à adhésion obligatoire permettant aux salariés de renforcer pour eux-mêmes et/ou leur conjoint et/ou leur enfant, leurs garanties.

Sous réserve des dispositions des articles ci-dessus, et notamment des dispenses d'affiliation visées à l'article 4, l'ensemble des salariés relevant d'une entreprise ayant opté pour ce régime supplémentaire est obligatoirement affilié.

La cotisation supplémentaire due au titre d'un salarié seul est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié comme suit.

RÉGIME GÉNÉRAL – HORS ALSACE-MOSELLE Régime supplémentaire obligatoire			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	5 €	2,50 €	2,50 €

RÉGIME ALSACE-MOSELLE Régime supplémentaire obligatoire			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	3,66 €	1,83 €	1,83 €

La cotisation supplémentaire due au titre de l'extension conjoint et/ou enfant ne bénéficie pas d'une prise en charge par l'employeur.

Les comptes de ce régime supplémentaire sont distincts du régime conventionnel obligatoire de la branche.

Les garanties de ce régime sont les suivantes :

RÉGIME GÉNÉRAL	RÉGIME SUPPLÉMENTAIRE obligatoire
Nature des frais	Montant des prestations en plus de la SS et du régime de base
	Secteur conventionné
Honoraires médicaux (consultations, visites)	80 % BR <sup>(1)</sup>
Honoraires chirurgicaux : – actes de chirurgie – actes d'anesthésie – actes techniques médicaux – actes d'obstétrique	70 % BR si actes en K < 50 <sup>(1)</sup> 100 % BR si actes en K ≥ 50 <sup>(1)</sup>
Hospitalisation/Frais de séjour groupe homogène de séjour	80 % BR <sup>(1)</sup>
Chambre particulière (hors maternité)	3 % PMSS <sup>(2)</sup>
Frais d'analyses médicales	60 % BR <sup>(1)</sup>
Frais d'auxiliaires médicaux	60 % BR <sup>(1)</sup>
Radiologie : – acte d'imagerie	70 % BR <sup>(1)</sup>
Echographie	70 % BR <sup>(1)</sup>
Soins dentaires	70 % BR <sup>(1)</sup>
Optique	2 % PMSS <sup>(2)</sup> pour l'appareillage optique par an et par bénéficiaire
Tarifs salarié seul (*)	5 €
(*) Les tarifs s'entendent en euros par mois, en sus de la cotisation de base. (1) BR : base de remboursement de la sécurité sociale. (2) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.	

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	RÉGIME CONVENTIONNEL obligatoire
Nature des frais	Montant des prestations en plus de la SS et du régime de base
	Secteur conventionné
Honoraires médicaux (consultations, visites)	100 % BR <sup>(1)</sup>
Chambre particulière (hors maternité)	3 % PMSS <sup>(2)</sup>
Frais d'analyses médicales	90 % BR <sup>(1)</sup>
Frais d'auxiliaires médicaux	90 % BR <sup>(1)</sup>
Radiologie :	
– acte d'imagerie	90 % BR <sup>(1)</sup>
Echographie	90 % BR <sup>(1)</sup>
Soins dentaires	90 % BR <sup>(1)</sup>
Optique	2 % PMSS <sup>(2)</sup> pour l'appareillage optique par an et par bénéficiaire
Tarifs salarié seul <sup>(*)</sup>	3,66 €
(*) Les tarifs s'entendent en euros par mois en sus de la cotisation de base. (1) BR : base de remboursement de la sécurité sociale. (2) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.	

Ce choix des entreprises sera fait par voie d'accord, référendum, ou décision unilatérale conformément aux exigences de formalisme de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

#### B. – Régime supplémentaire facultatif frais de santé

En complément du régime conventionnel frais de santé, les entreprises peuvent souscrire, auprès de l'organisme assureur désigné, un contrat collectif à adhésion facultative permettant aux salariés de renforcer pour eux-mêmes et/ou leur conjoint et/ou leur enfant, leurs garanties. A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié une option supplémentaire facultative.

L'ensemble des salariés relevant d'une entreprise ayant opté pour ce régime supplémentaire n'est pas affilié à titre obligatoire.

La cotisation supplémentaire due dans ce cadre est à la charge exclusive du salarié.

Les comptes de ce régime supplémentaire sont distincts du régime conventionnel obligatoire de la branche.

Ce choix des entreprises sera fait par voie d'accord, référendum, ou décision unilatérale conformément aux exigences de formalisme de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

### Article 15

#### *Caractère impératif du présent accord*

Conformément aux dispositions légales en vigueur, aucune dérogation au présent accord n'est possible par accord collectif d'entreprise ou d'établissement, ou de groupe, par accord référendaire ou par décision unilatérale de l'employeur.

## Article 16

*Entrée en vigueur. – Durée. – Révision. – Dénonciation. – Formalités de dépôt*

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt requises par la loi et de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail et de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux signataires du présent accord ont décidé d'un commun accord que cet accord pourra à tout moment être révisé ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2261-7, L. 2261-8 et L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail, sans, pour autant, emporter dénonciation des autres dispositions de la convention collective nationale du 21 janvier 1997 étendue.

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

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

De nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 6 mois.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il prendra effet le 1<sup>er</sup> octobre 2012 ou le premier jour du trimestre civil qui suit la date de publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* si celle-ci intervient après le 1<sup>er</sup> octobre 2012.

Fait à Paris, le 3 juillet 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

### **Organisations patronales :**

FNFF ;  
PRODAF ;  
UNSSAC.

### **Syndicats de salariés :**

FNECS CFE-CGC ;  
FGTA FO ;  
CSFV CFTC ;  
FS CFDT ;  
FEC FO.