

Brochure n° 3269

Convention collective nationale
IDCC : 759. – POMPES FUNÈBRES

ACCORD DU 17 MAI 2016
RELATIF AU RÉGIME PROFESSIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650761M
IDCC : 759

Entre
FFPF
CPFM

D'une part, et

CFDT
CGT-FO
CFTC
CFE-CGC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux ont engagé, dès 2012, des négociations afin de mettre en place un régime professionnel de remboursement de frais de santé.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un régime obligatoire et collectif, dans le cadre de contrats d'assurance responsables et solidaires.

Les partenaires sociaux ont ainsi engagé des travaux ayant notamment porté sur l'existant et les besoins exprimés par les salariés de la branche, ainsi que sur l'analyse des offres des organismes assureurs du marché.

Constatant les grandes disparités existant au sein des entreprises de la branche en cette matière et conscientes de la nécessité d'offrir des garanties à l'ensemble des salariés de la branche, sans pour autant nuire aux régimes préexistants, les partenaires sociaux ont décidé de mettre en place une couverture minimale en matière de remboursement de frais de santé.

Le présent régime ne remettra pas en cause l'existence des couvertures d'entreprise plus favorables, qu'elles soient antérieures ou postérieures à la date d'effet du présent accord, quel que soit l'orga-

nisme assureur auprès duquel les entreprises pourraient avoir souscrit, ou souscriront un contrat relatif au remboursement des frais de santé.

Le présent accord complète les dispositions de la convention collective des pompes funèbres du 1^{er} mars 1974.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime professionnel de frais de santé, collectif et à adhésion obligatoire, permettant aux salariés de bénéficier de remboursements de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation qu'ils engagent, en complément des prestations servies par les organismes de sécurité sociale, à compter du 1^{er} janvier 2016.

Compte tenu de la volonté exprimée des partenaires sociaux de laisser le choix de l'organisme assureur à l'entière liberté des entreprises de la branche, le présent accord a pour objet de fixer un montant minimal de cotisation que les entreprises devront consacrer à la couverture du régime de frais de santé, ainsi qu'un niveau minimal de garanties que les entreprises devront offrir à leurs salariés.

Article 2

Champ d'application

Le présent accord s'applique à compter du 1^{er} janvier 2016, à toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des pompes funèbres du 1^{er} mars 1974 ; notamment à celles qui ne disposent d'aucun régime frais de santé ou qui ne disposent pas de garanties au moins équivalentes, acte par acte, à celles prévues dans le présent accord.

Les entreprises actuellement couvertes par un régime complémentaire frais de santé devront adapter, en tant que de besoin, leurs garanties pour répondre aux obligations conventionnelles, tant en matière de garanties qu'en matière de cotisations minimales ; et ce, au plus tard, au 1^{er} avril 2016.

Article 3

Bénéficiaires

Le présent régime bénéficie à l'ensemble du personnel des entreprises visées à l'article 2, sans condition d'ancienneté.

L'adhésion est obligatoire et prend effet à la date d'entrée en vigueur du présent accord pour les salariés déjà inscrits aux effectifs des entreprises visées à l'article 2, ou à la date d'embauche pour les salariés embauchés postérieurement.

Article 4

Caractère obligatoire de l'adhésion et dérogations

L'adhésion des salariés, entrant dans la définition des bénéficiaires mentionnée à l'article 3, revêt un caractère obligatoire. Les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leurs cotisations.

Toutefois, conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, certains salariés ont la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire la demande par écrit auprès de leur employeur et de justifier de leur situation, le cas échéant.

Ces situations sont les suivantes :

1. Salarié bénéficiaire du dispositif de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), jusqu'à échéance de cette couverture ;
2. Salarié bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'à échéance de cette couverture ;

3. Salarié déjà bénéficiaire d'une couverture individuelle santé au jour de son embauche, pour la durée restant à courir entre la date d'embauche et la date d'échéance du contrat individuel (s'il ne peut pas le résilier par anticipation) et le justifiant par la production d'une attestation d'affiliation ;

4. Salarié bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire cité par l'arrêté du 26 mars 2012 ou toute autre réglementation postérieure ; notamment les salariés bénéficiaires d'un autre dispositif de remboursement de frais de santé collectif et obligatoire (par exemple, salariés dits à employeurs multiples ou salariés ayants droit de leur conjoint, couverts à titre obligatoire par ledit régime du conjoint) ;

5. Salarié et apprenti bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

6. Salarié et apprenti bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

7. Salarié à temps partiel et apprenti dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute (le plafond de 10 % comprend les cotisations du salarié au présent régime frais de santé et celles versées au régime prévoyance, conformément à la circulaire du 25 septembre 2013).

Dans tous les cas, les salariés seront tenus de communiquer à leur employeur les informations et justificatifs attestant de leur situation, dans les 30 jours suivant la date d'embauche ou d'effet du présent régime.

A défaut de demande écrite de dérogation, ou de transmission des justificatifs requis, les salariés seront affiliés obligatoirement au régime.

L'adhésion des ayants droit du salarié est entièrement facultative, chaque salarié pouvant choisir d'affilier tout ou partie des membres de sa famille. Dans ce cas, il s'acquittera seul, sans participation patronale, de la cotisation afférente à la couverture des membres de sa famille.

Article 5

Suspension du contrat de travail

5.1. Période de suspension du contrat de travail, indemnisée

Pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie, accident, maternité et bénéficiant pendant la période de suspension du contrat de travail soit d'un maintien total ou partiel de salaire, soit d'indemnités journalières complémentaires au titre d'un régime collectif de prévoyance complémentaire, les garanties ainsi que les cotisations seront maintenues et la répartition des cotisations sera identique à celle des salariés en activité.

5.2. Période de suspension du contrat de travail, non indemnisée

Sont visées les périodes de suspension du contrat de travail non indemnisées qui ne répondent pas aux conditions visées précédemment (congé sans solde, notamment).

Dans ces cas, les garanties sont suspendues, la contribution de l'employeur et celle du salarié ne sont pas maintenues.

Article 6

Rupture du contrat de travail. – Portabilité

Les salariés bénéficiaires des garanties du présent régime quittant l'entreprise et éligibles aux prestations de l'assurance chômage, pourront conserver ces garanties dans les conditions et selon les modalités prévues par les dispositions légales en vigueur au moment du départ de l'entreprise (art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale).

Notamment, il est rappelé que l'employeur a l'obligation d'informer l'organisme assureur des ruptures de contrat de travail ouvrant droit aux prestations de l'assurance chômage. Le salarié éligible qui quitte l'entreprise devra transmettre directement à cet organisme assureur le justificatif d'ouverture des droits transmis par Pôle emploi, puis, chaque mois, ses justificatifs de prise en charge.

Article 7

Garanties. – Prestations

Le présent accord institue un régime socle, dont bénéficie l'ensemble des salariés visés à l'article 3. Les garanties de ce régime socle sont détaillées dans l'annexe 1. Elles respectent tant le panier de soins minimal imposé par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application, que le cahier des charges des contrats responsables, visé aux articles L. 871-1, R. 871 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont toutefois souhaité que les salariés qui en expriment la volonté puissent bénéficier de garanties supérieures à celles résultant du régime socle. Ainsi les organismes assureurs devront apporter une offre de couverture santé supérieure au régime socle, qui sera présentée aux salariés qui en feront la demande.

Ce régime optionnel est laissé à l'entière liberté des salariés qui auront la faculté d'y adhérer, tant pour eux-mêmes que pour leurs ayants droit, à condition de ne pas avoir fait jouer une dispense d'adhésion au régime socle et, pour leurs ayants droit, de les avoir affiliés au régime socle. Les salariés financeront, dans tous les cas, intégralement le complément de cotisation afférente à cette option par rapport à la cotisation du régime de base, sans participation patronale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales (annexe I) est joint au présent accord. Il a été établi conformément à l'environnement légal et réglementaire en vigueur à la date de prise d'effet du présent accord. En cas d'évolution de cet environnement légal et réglementaire, impactant l'équilibre entre le niveau des prestations et le niveau de financement prévu à l'article 8.1, les partenaires sociaux se réuniront afin de juger de l'opportunité de conclure un nouvel accord.

En tout état de cause, les prestations détaillées du régime mis en place dans chaque entreprise sont décrites dans la notice d'information établie par l'organisme assureur et remise par l'employeur à chaque salarié concerné.

Article 8

Financement du régime

8.1. Régime socle obligatoire au bénéfice des seuls salariés

Le financement du régime socle institué par le présent accord est garanti par des cotisations patronales et des cotisations salariales telles que définies ci-après.

Ces cotisations et leur répartition constituent des minima. Chaque entreprise de la branche conserve la possibilité de prévoir, d'une part, des garanties supérieures à celle du présent accord et, d'autre part, une cotisation totale plus importante ainsi qu'une participation supérieure à 50 % de la part employeur.

COTISATION	PART SALARIALE	PART PATRONALE	COTISATION TOTALE
Salarié (adhésion obligatoire)	50 %	50 %	1,14 % du PMSS (*)

(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour les entreprises dont les salariés relèvent du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (art. L. 325-1 du code de la sécurité sociale).

COTISATION	PART SALARIALE	PART PATRONALE	COTISATION TOTALE
Salarié (adhésion obligatoire)	50 %	50 %	0,86 % du PMSS (*)
(*) PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.			

Le montant minimal de la cotisation pourra faire l'objet d'un réexamen tous les ans par la commission de suivi instituée à l'article 9.

Les cotisations seront précomptées par l'employeur et mentionnées sur les bulletins de paie.

8.2. Régime socle facultatif pour les ayants droit et régimes optionnels pour les salariés et leurs ayants droit

Il est expressément rappelé que les cotisations destinées à financer la couverture des ayants droit du salarié sont intégralement à la charge du salarié, sans participation patronale.

De même, les cotisations destinées à financer les couvertures optionnelles, au bénéfice du salarié et de ses ayants droit, sont intégralement à la charge du salarié, sans participation patronale.

Compte tenu du fonctionnement des régimes optionnels, exprimés sous déduction du régime socle, les ayants droit du salarié ne pourront bénéficier desdits régimes optionnels qu'à la condition d'avoir été affiliés au régime socle.

Article 9

Suivi du régime

Une commission de suivi du régime frais de santé est instituée.

Elle est composée de représentants des organisations patronales et des organisations représentatives de salariés.

En fonction des évolutions légales et réglementaires susceptibles d'impacter l'équilibre prestations/cotisations institué par le présent accord, la commission de suivi pourra se réunir afin de proposer aux partenaires sociaux la conclusion d'un nouvel accord ajustant le niveau des prestations et/ou le niveau des cotisations.

La commission de suivi pourra également proposer un tel avenant aux partenaires sociaux si elle constate que le présent régime n'est plus adapté aux réalités constatées par les entreprises de la branche. Dans le même sens, les entreprises de la branche seront régulièrement sollicitées pour transmettre à la commission de suivi les rapports techniques des assureurs permettant de vérifier l'équilibre des régimes et, le cas échéant, de proposer l'adaptation du régime de branche.

Article 10

Libre choix de l'organisme assureur

Les partenaires sociaux rappellent l'importance qu'elles accordent au libre choix, au sein de chaque entreprise, de l'organisme assureur, à la condition que ce dernier offre des garanties répondant aux garanties minimales du régime socle définies en annexe I et au tarif fixé à l'article 8.1 pour couvrir lesdites garanties.

Article 11

Date d'effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2016.

Les entreprises de la branche devront, à cette date, être en conformité avec les obligations prévues par le présent accord.

Toutefois, les entreprises ayant mis en place une couverture frais de santé avant le 1^{er} janvier 2016 disposent d'un délai supplémentaire jusqu'au 1^{er} avril 2016 afin de leur permettre d'adapter, si

nécessaire, leur couverture aux dispositions du présent accord, sans préjudice des dispositions légales impératives entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2016 (art. L. 911-7 du code de la sécurité sociale).

Il est conclu pour une durée indéterminée et pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions prévues par la convention collective des pompes funèbres du 1^{er} mars 1974.

La partie la plus diligente des organisations signataires d'une convention ou d'un accord en notifie le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 17 mai 2016.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

GARANTIES DU RÉGIME SOCLE OBLIGATOIRE

Hospitalisation	
Hospitalisation médicale y compris maternité	
Frais de séjour	100 % BR
Hospitalisation chirurgicale	
Frais de séjour	100 % BR
Chambre particulière	30 €
Lit d'accompagnant, par nuit (enfant – de 12 ans)	15 €
Forfait hospitalier journalier	100 % FR
Maternité	
Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier	100 % FR
Chambre particulière	30 €
Médecin généraliste	
Consultation et visite signataire du CAS	100 % BR
Consultation et visite non signataire du CAS	100 % BR
Médecin spécialiste	
Consultation spécialiste signataire du CAS	150 % BR
Consultation spécialiste non signataire du CAS	100 % BR
Consultation du professeur des universités – praticien hospitalier (PUPH) signataire du CAS	130 % BR
Consultation du professeur des universités – praticien hospitalier (PUPH) non signataire du CAS	100 % BR
Consultation du spécialiste qualifié en psychiatrie signataire du CAS	130 % BR
Consultation du spécialiste qualifié en psychiatrie non signataire du CAS	100 % BR
Auxiliaires médicaux	
Soins infirmiers	100 % BR
Kinésithérapie	100 % BR
Pédicurie	100 % BR
Orthoptie	100 % BR
Orthophonie	100 % BR
Analyses et travaux de laboratoire	
Actes de biologie	125 % BR
Pharmacie	
Médicaments	100 % BR

Vaccins	100 % BR
Dentaire	
Plafond dentaire (prothèses dentaires – implants – inlays, onlays/inlay core)	
Actes diagnostiques	
Soins dentaires	100 % BR
Soins conservateurs (y compris prophylaxie et endodontie)	100 % BR
Soins chirurgicaux et actes techniques	100 % BR
Prothèses dentaires (par dent)	
Inlays core	125 % BR
Inlays / onlays	125 % BR
Orthopédie dento-faciale	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	150 % BR
Optique	
Enfants – 1 équipement/an	
Verres simples	30 € verre
Verres complexes	100 € par verre
Adultes – 1 équipement /2 ans sauf dispositions de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale	
Verres simples	50 €
Verres complexes	100 €
Lentilles cornéennes	
Lentilles acceptées par le RO	100 % BR
Appareillages, cures	
Prothèses médicales et orthopédiques (appareillages, accessoires)	100 % BR
Prothèses auditives	100 % BR
Prévention	
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable	100 % TM
Médecines douces (homéopathie, phytothérapie, kinésithérapie, osthéopathie, chiropractie, sophrologie, acupuncture, réflexologie, étiope) (thérape)	40 € par séance x 2 par an et par bénéficiaire
BR : base remboursement. SS : sécurité sociale. FR : frais réels. CAS : contrat d'accès aux soins. PMSS : 3 170 € pour 2015.	