

Hôtels, Cafés, Restaurants - Accord relatif au régime conventionnel de frais de santé

PREAMBULE

Les salariés de la branche des Hôtels Cafés Restaurants bénéficient d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé depuis le 1er janvier 2011 (accord du 6 octobre 2010).
Ce régime constitue une avancée significative pour la protection sociale des salariés du secteur.

Construit sur le mécanisme de mutualisation, le régime a su s'adapter à la fois aux changements de cadre juridique des régimes de protection sociale, aux diverses évolutions législatives impactant les frais de santé et, plus récemment, à la crise sanitaire de la COVID 19.

Ainsi, la mutualisation a pleinement joué son rôle depuis 2011.

Afin de maintenir la pérennité du régime et d'accroître son impact en faveur des salariés de la branche, les partenaires sociaux ont décidé de mettre en place :

- une garantie assistance ;
- un réseau de soins dans les domaines de l'optique, du dentaire, des audioprothèses et de l'ostéopathie ;
- un dispositif de degré élevé de solidarité.

Avec le degré élevé de solidarité, les partenaires sociaux entendent plus particulièrement instaurer des mesures ayant vocation à répondre à certaines problématiques de santé auxquelles peuvent être spécifiquement confrontés les salariés de la branche des Hôtels Cafés Restaurants.

Compte tenu de ces changements importants, les partenaires sociaux ont procédé à la rédaction d'un nouvel accord, appelé à annuler et remplacer l'accord frais de santé du 6 octobre 2010 ainsi que ses avenants modificatifs n°1 à 9 respectivement datés du 19 septembre 2012, 24 juin 2014, 26 octobre 2015, 31 mars 2017, 13 octobre 2017, 21 mars 2019, 11 juillet 2019 et 15 novembre 2019.

CHAPITRE I :

Objet et mise en œuvre du régime

Article 1^{er} - Champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application du présent accord l'ensemble des salariés et les salariés embauchés sous contrat de formation en alternance des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants en date du 30 avril 1997.

Les entreprises visées par le champ d'application sont généralement répertoriées aux codes NAF suivants : 55.10Zp, 56.10A, 56.10 B, 56.30Zp, 56.21Z, 93.11Z (bowlings).

Sont exclus les établissements de chaînes relevant principalement du code NAF 56.10B et dont l'activité principale consiste à préparer, à vendre à tous types de clientèle, des aliments et boissons variés présentés en libre-service, que le client dispose sur un plateau et paye avant consommation, étant précisé qu'une chaîne est au minimum composée de trois établissements ayant une enseigne commerciale identique.

Article 2 - Objet du régime collectif obligatoire des salariés

Le présent accord a pour objet la définition des garanties collectives et obligatoires de remboursement complémentaire de frais de santé dont bénéficient a minima les salariés définis à l'article 5 et d'organiser les modalités de leur financement.

S'inscrivant dans le cadre de l'article L.912-1-I du code de la sécurité sociale, les garanties collectives instaurées par le présent accord présentent un degré élevé de solidarité et comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif. Ces actions ou prestations sont exposées au chapitre V. Le degré élevé de solidarité est donc une composante indissociable des garanties frais de santé exposées au chapitre III.

Les garanties respectent les dispositions des articles 2 et 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, des articles 1^{er} et 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée et des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

En cas de modification des dispositions rappelées ci-dessus, un avenant sera établi afin que les garanties prévues à l'article 13 restent conformes à ces dispositions.

Les entreprises doivent respecter l'intégralité des dispositions instaurées par le présent accord, en ce compris le degré élevé de solidarité.

En application des dispositions des articles L. 2253-1 à L. 2253-3 du code du travail, il est expressément stipulé qu'aucun système de garanties ne peut avoir pour conséquence de déroger aux dispositions du présent accord de manière moins favorable aux salariés, c'est-à-dire que les garanties d'assurance, les actions ou prestations relevant du degré élevé de solidarité, la garantie assistance et la cotisation patronale doivent toutes être au moins équivalentes.

Article 3- Garanties collectives ou individuelles complémentaires et supplémentaires

Les salariés doivent pouvoir accéder, dans le cadre de contrats collectifs (obligatoires ou facultatifs) ou individuels d'assurance, à des garanties frais de santé supplémentaires, moyennant une tarification spécifique, et dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale.

Ces contrats doivent permettre, d'une part d'améliorer le niveau de couverture du régime conventionnel obligatoire des salariés, d'autre part d'étendre la couverture du salarié à son conjoint ou à défaut à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité «PACS», à défaut son concubin, ainsi qu'aux enfants à leur charge (selon les définitions prévues par le contrat souscrit par l'employeur).

CHAPITRE II

Adhésion des entreprises et affiliation des salariés

Article 4 - Couverture conventionnelle obligatoire des salariés

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur habilité en vue de procurer aux salariés bénéficiaires définis à l'article 5, les prestations d'assurance définies à l'article 10.

Quel que soit l'organisme assureur, le dispositif retenu devra également permettre aux salariés d'accéder aux actions et prestations relevant du degré élevé de solidarité définies au chapitre V.

Article 5 - Salariés bénéficiaires du régime

Sous réserve des dispositions des alinéas ci-dessous, bénéficie obligatoirement des garanties l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application défini à l'article 1^{er} du présent accord.

Sont couverts les salariés exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les départements et régions d'outre-mer, ainsi que les salariés exerçant leur activité hors de France dès lors qu'ils demeurent rattachés au régime français de sécurité sociale (détachement au sens de la sécurité sociale).

Les salariés disposent de facultés de dispense d'adhésion, sous réserve d'en faire la demande écrite auprès de l'employeur.

La demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Ces possibilités de dispense concernent les situations énumérées ci-après :

- les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée n'excédant pas un mois de date à date,
- les salariés à temps partiel et apprentis qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de la rémunération brute.

Il est précisé que l'énumération des cas de dispense ci-dessus ne fait pas échec à l'application des cas de dispense de droit institués à l'article D. 911-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 6 - Date d'effet des garanties

Pour les salariés bénéficiaires définis au premier alinéa de l'article 5, les garanties prennent effet, selon le cas :

- à la date d'embauche,
- à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation, le cas échéant.

Article 7 - Périodes de suspension du contrat de travail

Sauf lorsque ces périodes donnent lieu à maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur, ou à versement d'un revenu de remplacement (par exemple : allocation d'activité partielle), ou à indemnisation de la Sécurité sociale au titre d'une incapacité temporaire de travail ou d'une invalidité du salarié, les garanties du salarié sont suspendues lorsque son contrat de travail est suspendu, notamment à l'occasion :

- d'un congé sabbatique visé à l'article L. 3142-91 du code du travail ;
- d'un congé pour création d'entreprise visé à l'article L. 3142-78 du code du travail ;
- d'un congé parental d'éducation visé à l'article L. 1225-47 du code du travail ;
- ou en cas de tout congé sans solde légal du salarié visé par le code du travail.

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'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé. Toutefois, le contrat des garanties collectives souscrit par l'entreprise devra prévoir la faculté pour les salariés en période de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de la garantie, d'obtenir le maintien de la garantie moyennant le paiement intégral de la cotisation (part patronale et part salariale) prévue pour l'ensemble des salariés.

La notice d'information rédigée par l'assureur devra expressément rappeler cette faculté et ses conditions de mise en œuvre.

Le salarié devra formuler sa demande au plus tard un mois après le début du congé non rémunéré.

Article 8 - Cessation des garanties

L'obligation de couverture des employeurs cesse pour chaque salarié :

- en cas de cessation du contrat de travail notamment en cas de départ à la retraite (sauf cumul emploi-retraite), de démission, de licenciement ou de rupture conventionnelle, sans préjudice du bénéfice de la portabilité de ses garanties frais de santé en cas de chômage et du maintien à titre individuel de ses garanties dans les conditions énoncées à l'article 9 ;
- en cas de décès du salarié,
- en cas de dénonciation du présent accord collectif à l'issue de la période de survie de l'accord dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail, (s'agissant des niveaux de prestations définis au présent accord).

L'obligation de couverture des employeurs cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord, sous réserve des dispositions ci-après relatives à la portabilité des garanties ainsi qu'au maintien à titre individuel des garanties.

Article 9 - Maintien des garanties après cessation du contrat de travail

Article 9-1 - Portabilité des garanties conventionnelles obligatoires de frais de santé

En application de l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés relevant du présent accord bénéficient d'un régime de portabilité des droits dans certains cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage.

La durée du maintien des garanties est portée au double de celle prévue par l'article L. 911-8 du code de la Sécurité sociale, dans la limite de douze mois.

Les garanties conventionnelles étant dues au salarié jusqu'au terme du mois civil au cours duquel son contrat de travail est rompu ou prend fin, le maintien des garanties au titre de la portabilité prend effet le premier jour du mois civil suivant la date de rupture ou de fin du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 4 de la «Loi Évin» (Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989).

Article 9-2 - Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de santé à titre individuel dans les conditions et modalités définies par le contrat ou le règlement conforme aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, que leur propose l'organisme assureur pour assurer les garanties conventionnelles obligatoires, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation de chômage,
- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- ou d'une pension de retraite.

La notice d'information rédigée par l'assureur devra décrire précisément les dispositifs de maintien des garanties dont bénéficie le salarié.

CHAPITRE III - Garanties du régime conventionnel obligatoire

Article 10 - Nature et montant des prestations des garanties conventionnelles obligatoires

Sont couverts les actes et frais de santé relevant des postes énumérés au tableau ci-après. Ils sont garantis en fonction des montants et plafonds indiqués, qui sont exprimés, sauf mention contraire, en complément des prestations en nature des Assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et dans la limite du reste à charge (hors pénalités, franchises et contributions).

Les actes et frais non pris en charge par le régime de base de la Sécurité sociale ne sont pas couverts, sauf indication contraire figurant au tableau des prestations ci-dessous.

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales, y compris lorsqu'elles sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les garanties répondent également :

- aux exigences des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale,
- aux exigences prévues par l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale relatives à la couverture minimale dite «Panier de soins».

Les garanties prévues par le présent article s'entendent sous réserve de garanties plus favorables souscrites par les entreprises de la branche qui doivent faire en sorte que les garanties soient conformes aux dispositions légales rappelées ci-dessus.

S'agissant des minima et maxima de couverture, il est précisé que l'expression des prestations indiquée dans le tableau ci-dessous, ne peut en aucun cas conduire à ce qu'au cas d'espèce, un salarié bénéficie d'un remboursement inférieur à l'obligation minimale de couverture ou supérieur au plafond maximal ; dans cette hypothèse, la prestation effectivement versée serait augmentée ou diminuée à due concurrence, sans que le salarié puisse se prévaloir de l'expression de la garantie pour être remboursé au-delà des maxima.

Le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise devra :

- prévoir un réseau de soins à compter du 1^{er} janvier 2023, dans les domaines de l'optique, du dentaire, des audioprothèses et de l'ostéopathie ;
- comporter une clause d'exonération de cotisation (part patronale et salariale) concernant les salariés invalides restant dans l'effectif de l'entreprise et ne percevant pas de salaires en contrepartie du maintien des garanties ;
- être au moins équivalent avec les stipulations prévues par le présent accord (garantie frais de santé, degré élevé de solidarité, garantie assistance, cotisation patronale).

Tableau de prestations

HCR - SOCLE CONVENTIONNEL

ABREVIATIONS

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
OPTAM : Option Pratique
OPTAM-CO : Option Pratique
€ : Tarification
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. A titre indicatif, le montant du PMSS s'élève à 3 428€ en 2022.
TM : Ticket Modérateur

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (SAUF POSTE OPTIQUE)
HOSPITALISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE	
Frais de séjour	
Frais de séjour	110% BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation forfaitaire
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
Frais et honoraires chirurgicaux	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 230% BRSS
Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 100% BRSS
Chambre particulière - Non remboursée par la SS	
Chambre particulière de nuit (hors maternité)	50 € / jour
Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	50 € / jour
Lit d'accompagnant - Non remboursé par la SS	
Frais de lit d'accompagnant	15 € / jour
Maternité	
Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour
Allocation de naissance ou adoption	8 % PMSS / enfant
Forfait patient urgence (FPU) (7)	100% du forfait
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé*	Prise en charge intégrale (1)
Soins :	
Soins dentaires	TM
Prothèses autres que 100% Santé :	
Panier maîtrisé (2)	
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS (1)
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300% BRSS (1)
Panier libre (3)	
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300% BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale :	
Par prothèse	322,50 €
Orthodontie (4)	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166% BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	193,50 € par semestre
Implantologie	
Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	300 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES OU EQUIPEMENT par oreille – renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Equipements 100% Santé *	
Aides auditives de Classe I (**):	Prise en charge intégrale (5)

Equipements autres que 100% Santé : Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Aides auditives de Classe II (**):	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité*** et bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 € par oreille + 65% BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures :	100 BRSS%
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux :	
Généralistes	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Spécialistes	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
Imagerie médicale, radiologie, échographie	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ****	TM
Honoraires paramédicaux :	
Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM
Autres honoraires :	
Séances d'accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	TM
Analyses médicales	
Analyses médicales	TM
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations	
Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65% BRSS
Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS
Médicaments :	
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 65%	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 30%	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 15%	TM
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité Sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale)	80 € par an / bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
Cures thermales	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM
Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité Sociale	
Ambulance, taxi conventionné	TM

Médecine additionnelle et de prévention		
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale		
Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe	300 € / an / bénéficiaire	
OPTIQUE - EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) / application des—délais de renouvellement définis réglementairement (6)		
INDEMNISATION EXPRIMEE Y COMPRIS SECURITE SOCIALE		
Equipe-ment 100% Santé *		
Monture + 2 verres de tous types (Classe A) (**)	Prise en charge intégrale (5)	
Equipements autres que 100% Santé (Classe B) (**)		
Par verre / jusqu'au 31 décembre 2022 :		
> Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	160 €	
> Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	160 €	
> Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	222 €	
> Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	277 €	
> Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	250 €	
> Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	288 €	
> Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	300 €	
> Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	311 €	
Par verre / à compter du 1^{er} janvier 2023	Dans un réseau de soins (8)	Hors réseau de soins
> Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	100 €
> Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	160 €
> Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	222 €
> Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	277 €
> Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	Frais réels	200 €
> Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	288 €
> Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	300 €
> Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	Frais réels	311 €
Monture	100 €	
Lentilles		
Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	250 € / an / bénéficiaire	
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100% BRSS	
ASSISTANCE ET SERVICES		
Assistance (en cas d'hospitalisation, d'aide aux aidants, de pathologies lourdes et d'immobilisation, soutiens psychologique et parentalité), Téléconsultation 24h/24 et 7j/7, 2 nd avis médical		

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

** Les options de la liste A et de la liste B, et de la classe I et II, sont définies par la réglementation S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La

prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.

*** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

**** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(1) Dans la limite des honoraires limites de facturation

(2) Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.

(3) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(5) Dans la limite des prix limites de vente

(6) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel)

(7) FPU : facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

(8) Les niveaux de remboursement dits « frais réels » prévus dans le cadre d'un réseau de soins ne peuvent en aucun cas excéder les plafonds du contrat responsable (R.871-2 du code de la sécurité sociale)

CHAPITRE IV –

Cotisations du régime conventionnel obligatoire

Article 11 - Montant de la cotisation et répartition

Article 11.1 Cotisations finançant les garanties d'assurance et le degré élevé de solidarité

Les cotisations servant à financer les garanties d'assurance et le degré élevé de solidarité prévues par le présent accord sont fixées par accord entre les employeurs et l'organisme assureur couvrant les salariés.

Elles sont exprimées sous forme de forfait mensuel pour chaque salarié bénéficiaire. Ce forfait n'est pas réduit prorata temporis.

La répartition de ces cotisations doit respecter les principes suivants :

- cotisations salariales au plus :
 - o pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale : 0,47% du PMSS (soit pour information 16,11€/mois en 2022)
 - o pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : 0,34% du PMSS (soit pour information 11,66€/mois en 2022)
- cotisations des employeurs a minima :
 - o pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale : 0,90% du PMSS (soit pour information 30,85€/mois en 2022)
 - o pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : 0,66% du PMSS (soit pour information 22,62€/mois en 2022).

Cette répartition fera l'objet d'un réexamen régulier par les partenaires sociaux

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs et dans le cas où lesdits employeurs ont adhéré au même contrat d'assurance, la cotisation est répartie au prorata du temps de travail entre les différents employeurs. Afin de mettre en oeuvre cette modalité de versement de la cotisation, le salarié a l'obligation d'informer ses différents employeurs de sa situation de pluriactivité au sein de la branche et, en cas de rupture d'un de ses contrats de travail, d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent de façon à ce que la totalité des cotisations soit toujours perçue par l'assureur.

Le salarié et les employeurs peuvent bénéficier de la proratisation de la cotisation, à condition que le salarié communique aux employeurs le nombre total d'heures travaillées dans le mois et leur répartition. Pour les salariés à temps partiel, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Article 11.2 Cotisations finançant le degré élevé de solidarité

Au sein de la cotisation visée à l'article 11.1 (part patronale et salariale), une part égale à 0,045% du PMSS est obligatoirement consacrée au financement du degré élevé de solidarité, mettant en œuvre les prestations visées au chapitre V du présent accord.

Il est rappelé que le pourcentage affecté au degré élevé de solidarité doit représenter au moins 2 % de la cotisation globale, conformément à l'article R.912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 12 - Échéance et paiement des cotisations

La cotisation mensuelle est due pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 5, quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie des effectifs salariés de l'entreprise. Les prestations sont servies pour le mois entier au titre duquel la cotisation est versée.

En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD) au cours d'un mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due, à terme échu.

CHAPITRE V

Degré élevé de solidarité

Article 13 – Principes

Le degré élevé de solidarité a vocation à ce que tous les salariés puissent accéder rapidement à des prestations de qualité, relevant des domaines de la prévention et de l'action sociale. Le cas échéant, les partenaires sociaux pourront décider d'autres mesures équivalentes procédant d'un objectif de solidarité.

Les partenaires sociaux entendent apporter une réponse spécifique en mettant en œuvre les outils d'une politique de prévention volontariste. Cela répond à un double objectif : d'une part le bien-être des salariés, d'autre part la valorisation de l'attractivité des métiers de la branche.

Les salariés de la branche doivent pouvoir être soutenus lorsqu'ils sont confrontés à des situations difficiles particulièrement dignes d'intérêt sans que ce soit nécessairement lié à leur activité professionnelle (décès, handicap, maladie grave, ...); ce soutien peut aussi bien prendre la forme d'une aide financière (action sociale) que psychologique ou d'ordre pratique (conseil).

Article 14 - Action sociale et prévention

Quel que soit l'organisme assureur retenu par l'employeur, les salariés doivent bénéficier, en sus des garanties complémentaires de frais de santé :

- de prestations d'action sociale individuelle, afin de permettre l'attribution de secours et aides financières exceptionnelles (notamment reste à charge santé dans la limite des plafonds du contrat responsable, personnes en situation de handicap, personnes atteintes de maladie grave...), sous conditions de ressources, au profit des assurés en grande difficulté,
- de prestations d'action sociale collective,
- d'actions favorisant la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement favorisant le bien-être physique et moral des bénéficiaires de la couverture, notamment :
 - o prévention du risque de troubles musculo-squelettiques (TMS), ainsi que des conséquences de chutes et blessures dans l'exercice de l'activité ;
 - o consultation de prévention pour les apprentis ;
 - o actions de coachings santé et d'incitation à l'activité physique
 - o information sur les dispositifs de dépistages ou mises en place de dépistages de certaines maladies (risque cardio-métabolique, cancer, ... - liste indicative),
 - o actions en faveur de la santé mentale
 - o prévention des conduites addictives, par l'accompagnement d'un addictologue ;
- de sensibilisations en entreprise concernant la prévention ;
- d'un conseil et d'un accompagnement personnalisés pour les aidants.

Il est convenu que les dispositions du présent article seront mises en œuvre progressivement d'ici au 1^{er} janvier 2023.

Des actions complémentaires pourront être mises en œuvre par les organismes assureurs intervenant dans le champ d'application du présent accord.

CHAPITRE VI – PRISE D'EFFET DE L'ACCORD

Article 15 - Durée et date d'entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

Article 16 – Dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés

Le présent accord visant à assurer une couverture sociale minimale au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche, quelle que soit la taille de leur entreprise.

En conséquence, il est précisé pour les besoins de son extension, et conformément à l'article L. 2261-23-1 du Code du travail, qu'il ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 17 - Révision et dénonciation

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des articles L.2261-7 et L.2261-8 du Code du travail.

Conformément aux articles L.2261-9 et suivants du Code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est fixée à 3 mois.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis, conformément aux dispositions du Code du travail.

Article 18 - Dépôt et publicité - Extension

Le présent accord fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, ainsi qu'une demande d'extension, conformément aux dispositions du Code du travail.

Fait à Paris, le 28 juin 2022

Signatures :

Pour les organisations professionnelles d'employeurs :

Pour le GNI	
Pour le SNRTC	

Pour les organisations syndicales de salariés :

Pour la Fédération des services CFDT	
Pour INOVA / CFE-CGC	
Pour la Fédération CGT du commerce, du service et de la distribution	
Pour FGTA / FO	

