

CHAPITRE XIV

COMPLEMENTAIRE SANTE

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

Afin d'assurer une meilleure mutualisation des risques, les partenaires sociaux décident de recommander 3 organismes. Ces organismes ont été choisis à la suite d'une procédure de mise en concurrence transparente.

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

Ce régime répond aux objectifs suivants :

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

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

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

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

Article 1 Adhésion du salarié

Article 1.1 Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires de cette couverture complémentaire santé collective sont les salariés relevant de la convention collective des Acteurs du Lien Social et Familial à titre obligatoire et le conjoint ou l'enfant à titre facultatif.

L'accès au régime complémentaire se fait sans condition d'ancienneté au sein de l'entreprise⁵¹

Article 1.2 Dispenses d'affiliation

a) Définition des cas de dispense

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

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

Ces cas de dispenses sont ouverts pour :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de couverture de frais de santé ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale (CMUC) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du Code de la sécurité sociale.

⁵¹ L'avenant 03-17 relatif à la complémentaire santé collective et obligatoire n'a pas encore été étendu par le Ministère du Travail, il ne s'applique donc qu'aux structures adhérentes au syndicat Elisfa. La condition des 4 mois d'ancienneté pour bénéficier de la complémentaire

santé obligatoire reste donc valide pour les structures non adhérentes au syndicat Elisfa

Dans ce cas, la dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou de cette aide. Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute annuelle ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut être valable que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, à condition de le justifier chaque année, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

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

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

b) Procédure pour bénéficier d'un cas de dispense

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

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

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

Cette demande de dispense doit être formulée dans :

- les trente jours suivants la mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire pour les salariés présents au moment de cette mise en place ou en cas de changement de situation personnelle du salarié,

- les quinze jours suivants l'embauche du salarié ou avant l'échéance du contrat si le contrat est inférieur à 15 jours.

A défaut de demande de dispense, les salariés sont affiliés au premier jour du mois de l'embauche.

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

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

c) versement santé

Le versement santé pourra être versé au salarié qui justifie d'une couverture complémentaire santé individuelle et responsable et qui demande une dispense d'affiliation conformément aux dispositions de l'article L 911-7-1 du code de la sécurité sociale.⁵²

Article 2

Caractère Responsable du contrat

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

Article 3

Garanties

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

Le niveau des garanties ainsi que le taux de cotisation pourront être modifiés par accord entre la Commission Paritaire Nationale de Négociation et les assureurs recommandés sur proposition de la Commission Paritaire Santé et Prévoyance.

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

Le tableau des garanties mises en place au titre de la couverture complémentaire santé obligatoire est annexé

⁵² L'avenant 03-17 relatif à la complémentaire santé collective et obligatoire n'a pas encore été étendu par le Ministère du Travail mais celui-ci s'applique à l'ensemble des structures de la Branche Alisfa

au présent chapitre de la convention collective (annexe 1 Tableau des garanties).

Article 4 **Financement du contrat frais de santé**

Article 4.1 Structure de la cotisation

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

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

Les cotisations, les conditions et les modalités de mise en œuvre de cette couverture sont déterminées dans le contrat d'assurance sous le contrôle de la Commission Paritaire Santé et Prévoyance.

La définition des ayants-droits est inscrite à l'annexe 2 du présent chapitre de la convention collective.

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

Si un régime obligatoire plus favorable est mis en place dans l'entreprise la répartition des cotisations est

soumise aux dispositions prévues au paragraphe 4.3 ci-après.

Article 4.2 Assiette de cotisation : montant ou taux

Les cotisations servant au financement de la couverture complémentaire santé obligatoire sont établies en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce plafond de la sécurité sociale évolue chaque année ce qui, de fait, impacte le montant de la cotisation. Les cotisations ci-dessous définies sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés.

4.2.1. Régime général de la sécurité sociale

	Régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 1)	option 1 différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 2)	option 2 différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 3)
Salarié isolé obligatoire	1.47%	0.32%	0.69%
Conjoint facultatif	1.47%	0.32%	0.69%
Enfant facultatif	0.66%	0.15%	0.30%

4.2.2. Régime local : Alsace Moselle

	Régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 1)	option 1 différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 2)	option 2 différentiel par rapport au régime complémentaire minimal obligatoire (alternative 3)
Salarié isolé obligatoire	0.99%	0.32%	0.69%
Conjoint facultatif	0.99%	0.32%	0.69%
Enfant facultatif	0.44%	0.15%	0.30%

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

Article 4.3 Répartition des cotisations

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

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

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

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

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

Article 5

Maintien de la complémentaire santé et suspension du contrat de travail

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

- Congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption,
- Arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles,
- Accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle,
- Exercice du droit de grève,
- Congés de solidarité familiale et de soutien familial.

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

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

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

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

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

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

Article 6

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

Article 6.1 Maintien des garanties au titre de la portabilité

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

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

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

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

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

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

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

- Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement.

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

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

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

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

Article 7

Cas des multi-employeurs

Conformément à l'article R. 242-1-5 du Code de la sécurité sociale un salarié travaillant chez plusieurs employeurs a l'obligation d'en informer chacun de ses

employeurs. Cette information est nécessaire afin que chaque employeur puisse se conformer aux obligations légales ou conventionnelles.

Article 8 **Action sociale**

Article 8.1 Création du fonds d'action sociale

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

Ce fonds est financé par tout ou partie de la quote-part de 2 % de la cotisation « salarié isolé ».

Article 8.2 Gestion du fonds d'action sociale

Le fonds d'action sociale est administré par la Commission Paritaire Santé et Prévoyance, par délégation et après validation de la Commission Paritaire Nationale de Négociation.

Article 8.3 Prestation du fonds d'action sociale

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

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

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

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

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

Article 9 **Suivi du régime de complémentaire santé**

Le régime de couverture complémentaire santé obligatoire est administré par la Commission Paritaire Santé et Prévoyance, par délégation de la Commission Paritaire Nationale de Négociation.

Les organismes recommandés communiquent chaque année les documents rapports financiers, et analyses nécessaires aux travaux de suivi du régime de la Commission Paritaire Santé et Prévoyance, au plus tard au 1er juin suivant la clôture de l'exercice.

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

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

Article 10 **Révision des conditions de mutualisations et de recommandation**

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

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

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

Article 11 **Organismes recommandés**

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

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

- **APICIL prévoyance**, Institut de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale – Siège social : 38 rue François Peissel, 69 300 Caluire.

- **Le groupement de coassurance mutualiste** composé de :

- **MUTUELLE CHORUM**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419 - Siège social : 56 / 60 Rue Nationale - 75013 PARIS substituée intégralement par MUTEX UNION, Union soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 442 574 166, Siège social : 125 avenue de Paris, 92327 CHATILLON Cedex,
- **ADREA MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878 – Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.
- **APREVA**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391 - Siège social : 20 boulevard Papin - BP 1173 - 59012 LILLE
- **EOVI MCD**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176 – Siège social : 44 rue Copernic – 75016 PARIS
- **HARMONIE MUTUELLE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° : 538 518 473 - Siège social : 143, rue Blomet -75015 PARIS
- **OCIANE**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° : 434 243 085 - Siège social : 8 terrasse du Front du Médoc-33054 BORDEAUX cedex
- **MUTEX**, entreprise régie par le code des Assurances, inscrite au Registre du Commerce et des sociétés de Nanterre sous le n° 529 219 040 – Siège social : 125 avenue de Paris, 92327 CHATILLON cedex.

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

- **SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE, sous le numéro 782 814 818, adhérente à l'Union Mutualiste du Groupe SOLIMUT, union soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité N° SIREN 539 793 885 – Siège social : 146 A, avenue de Toulon, 13010 Marseille.

Article 12 **Mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise**

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