

# CHAPITRE XIV

## COMPLEMENTAIRE SANTE

### *Préambule*

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 cinq 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 cinq 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***

#### ***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'entreprise.

#### ***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 suivants, de demander à être dispensé de la couverture complémentaire santé obligatoire.

Ces cas de dispenses sont ouverts pour<sup>59</sup> :

- 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 complémentaire santé solidaire. 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

<sup>59</sup> Sous réserve du respect des articles L. 911-7, L. 911-7-1 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale, s'agissant des dispenses d'affiliation au régime collectif de frais de santé

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.

La cotisation des apprentis et des salariés bénéficiant d'un parcours emploi compétences est totalement prise en charge par le fonds d'action sociale conformément à l'article 8.4 du présent chapitre, sous réserve des fonds disponibles.

#### *b) Procédure pour bénéficiaire d'un cas de dispense*

Le salarié souhaitant être dispensé de la complémentaire santé doit en faire la demande par écrit, auprès de l'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. Conformément aux obligations légales, l'employeur devra informer le salarié des conséquences de sa demande de dispense.

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.

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

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

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.

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.

#### *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.

### **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 Permanente de Négociation et d'Interprétation et les assureurs recommandés sur proposition de la Commission Paritaire Santé et Prévoyance.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits 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 au présent chapitre de la convention collective (annexe 1 Tableau des garanties).

## Article 4<sup>60</sup>

### *Financement du contrat frais de santé*

#### **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.

#### **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.

---

<sup>60</sup> Sous réserve du respect de l'article L. 2253-1 du code du travail relatif à la hiérarchie des normes conventionnelles

#### 4.2.1. Régime général de 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	1.57%	0.34%	0.74%
Conjoint facultatif	1.57%	0.34%	0.74%
Enfant facultatif	0.79%	0.18%	0.36%

#### 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	1.06%	0.34%	0.74%
Conjoint facultatif	1.06%	0.34%	0.74%
Enfant facultatif	0.53%	0.18%	0.36%

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.

#### 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 : 60% ;
- part salariale : 40%.

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 : 10%
- part salariale : 90%

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 60 % 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 10% de la cotisation « enfant facultatif » du premier et du deuxième enfant.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance auprès des assureurs recommandés pourront négocier ou décider librement du taux et d'une prise en charge supérieure dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, sans que cela ne puisse en aucun cas aboutir à ce que le taux de cotisation de l'employeur, exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit inférieur au taux de cotisation d'un employeur ayant adhéré à titre obligatoire au régime complémentaire minimal auprès des assureurs recommandés.

## 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<sup>61</sup>.
- Activité partielle

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*

#### *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.

#### *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'examen 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).

<sup>61</sup> Le congé de proche aidant a remplacé le congé de soutien familial depuis le 30 décembre 2015 (loi 2015-1776 du 28 décembre 2015, JO du 29).

- 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**

#### **Désignation d'un gestionnaire unique du fonds d'action sociale**

Le degré élevé de solidarité des garanties est assuré dans le cadre d'un fonds intitulé « fonds d'action sociale ». Ce fonds d'action sociale est mis en place pour l'ensemble des entreprises et de leurs salariés de la branche professionnelle et est destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité tel que défini par la loi.

Conformément à l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale, la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) décide de désigner un gestionnaire unique pour le pilotage du fonds d'action sociale en conformité avec le règlement du fonds. Ce choix d'un organisme gestionnaire est réalisé suite à l'appel d'offre répondant aux règles de transparence en vigueur et lancé en 2021.

Cette désignation est effective au 1er janvier 2022.

Le règlement du fonds est établi par la Commission Paritaire Santé Prévoyance (CPSP), afin de déterminer les orientations des actions de prévention, ainsi que les règles de fonctionnement, les bénéficiaires des actions du fonds et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidés par les partenaires sociaux de la branche. Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment. À

cette fin, l'organisme gestionnaire désigné communique les éléments statistiques requis pour ces évolutions.

#### **Article 8.1 Définition des prestations mises en place**

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées par la CPSP, et définies au sein du protocole technique.

Le fonds d'action sociale finance des actions en entreprise ayant pour objectifs principaux la prévention des risques professionnels (notamment le risque musculosquelettique et les risques psycho-sociaux liés à l'activité de travail), l'amélioration de la qualité de vie au travail, l'amélioration générale de la santé.

#### **Article 8.1.1 Prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel ou collectif**

Le fonds d'action sociale prend en charge des prestations d'action sociale à titre individuel ou collectif, comprenant notamment l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux bénéficiaires définis à l'article 8.1 ainsi que des aides en espèce ou en nature pour faire face aux accidents de la vie (perte d'autonomie, situation de handicap ou d'aidant familial, etc...).

À ce titre, ces actions individuelles peuvent également prendre la forme de financements dédiés au maintien en emploi ou à la reconversion professionnelle des salariés en difficulté, en complémentarité le cas échéant des organismes compétents pour intervenir.

#### **Article 8.1.2 Modalités d'attribution des prestations du fonds d'action sociale**

Les prestations du fonds d'action sociale sont attribuées aux bénéficiaires définis aux articles 8.2 et 8.3, dans les conditions prévues par le protocole technique.

Les prestations financées par le fonds d'action sociale ont un caractère non directement contributif. Elles prennent la forme de prestations en espèces ou de prestations en nature.

En tout état de cause, le financement de ces prestations est assuré par le gestionnaire unique dans la limite du solde du fonds d'action sociale. En cas d'insuffisance des fonds, les demandes sont traitées selon la date de réception de la demande (dossier complet).

#### **Article 8.1.3 Prestations en espèces**

Les prestations en espèces sont attribuées, dans le cadre d'un secours exceptionnel, aux bénéficiaires qui justifient se trouver dans une situation de précarité dans le cadre des aides définies. L'attribution de ces

prestations est précédée d'une analyse individuelle des demandes transmises par les bénéficiaires au gestionnaire du fonds. Il est tenu compte de la situation propre à chaque bénéficiaire notamment de ses ressources.

Chaque prestation est soumise à des conditions de versement, à la production de pièces justificatives et à des contrôles administratifs définis dans le protocole technique.

#### **Article 8.1.4 Prestations en nature**

Les prestations en nature ont pour objet la délivrance d'un service non financier de type prévention, assistance, accompagnement, conseil, orientation, etc...

Ces prestations sont accessibles aux entreprises et à leurs salariés sous réserve du respect de certaines conditions et de la fourniture des pièces définies dans le dossier de demande d'intervention.

#### **Article 8.1.5 Prise en charge des cotisations au régime de complémentaire santé pour certains salariés**

En application des articles R 912-1 et R 912-2 du code de la sécurité sociale, il est décidé de la prise en charge totale de la cotisation au régime complémentaire santé des :

- Apprentis, pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévu au b du 2° de l'article R 242-1-6,
- Apprentis dont la cotisation représente au moins 10% de leurs revenus bruts, lorsque ceux-ci adhèrent au régime collectif obligatoire en vigueur dans l'entreprise,
- Salarié en contrat à durée déterminée bénéficiaire d'un parcours emploi compétences conformément aux dispositions des articles L5134-19-1 et suivants du code du travail

Il est instauré un mécanisme de subrogation à la prise en charge des cotisations pour les salariés concernés par les dispositions du présent article.

Lorsque l'employeur a souscrit un contrat d'assurance chez l'un des organismes assureurs recommandés par la branche, les salariés visés ci-dessus sont dispensés du paiement de la cotisation prise en charge par le fonds d'action sociale.

L'organisme assureur demande le remboursement de la prise en charge des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire du fonds d'action sociale conformément au protocole technique.

Cette mesure est applicable dans la limite des fonds disponibles au fonds d'action sociale.

#### **Article 8.2 Bénéficiaires des actions individuelles**

Peuvent bénéficier des aides du fonds d'action sociale conformément au protocole technique, quelle que soit leur date d'embauche :

- L'ensemble des salariés des entreprises de la branche professionnelle des Acteurs du Lien Social et Familial ;
- Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et dont le régime de complémentaire santé est maintenu au titre des a) et b) de l'article 5 du présent chapitre ;
- Les salariés dont le contrat de travail a cessé et qui relèvent du mécanisme de portabilité des garanties de complémentaire santé défini à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ?

Selon les aides créées et les conditions fixées par le protocole technique, les ayants-droits de ces salariés (conjoint, e, partenaire de PACS ou concubins au sens du Code civil et les enfants du salarié avant leur 26ème anniversaire) peuvent être considérés comme bénéficiaires.

#### **Article 8.3 Bénéficiaires des actions collectives**

Les actions collectives bénéficient à l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de l'accord. Ces entreprises doivent être à jour de leurs cotisations alimentant le fonds de solidarité pour que l'action puisse être mise en œuvre.

#### **Article 8.4 financement du fonds d'action sociale**

Conformément aux articles L. 912-1, R. 912-1 et R. 912-3 du Code de la sécurité sociale, le fonds d'action sociale est financé par un prélèvement de 2 % de la cotisation versée au titre de l'alternative du régime de complémentaire santé, tel que défini à l'article 4.2 du présent chapitre, mise en place de manière obligatoire dans l'entreprise ; par toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective ALISFA.

Pour les entreprises ayant souscrit leur contrat auprès d'un organisme assureur recommandé nommés dans l'article 11 du présent chapitre, le prélèvement est intégré dans la cotisation mutualisée versée auprès de l'assureur.

Pour les entreprises ayant souscrit leur contrat auprès d'un organisme non recommandé, le prélèvement est effectué sur la cotisation contractuellement prévue pour les garanties mises en place dans l'entreprise. L'organisme assureur non recommandé doit verser le montant correspondant au financement du fonds

*d'action social directement à l'organisme gestionnaire tel que défini dans l'article 8.5.*

#### **Article 8.5 Gestionnaire unique du fonds d'action sociale**

*Conformément à l'article L912-1 du code de la sécurité sociale, le gestionnaire unique pour le pilotage du fonds d'action sociale est :*

- **L'OCIRP, Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale - Siège social : 17 rue de Marignan - CS 50 003 - 75008 Paris.**

*Le gestionnaire unique a pour mission de gérer le fonds d'action sociale visé à l'article 8.*

#### **Article 8.6 Contrôle par la commission paritaire de branche**

*Conformément à l'article R. 912-2 du Code de la sécurité sociale, la CPSP contrôlera la mise en œuvre des actions de prévention par le gestionnaire unique les organismes chargés de leur réalisation et les aides versées dans les conditions prévues par le protocole technique.*

### **Article 9**

#### **Suivi du régime de complémentaire santé**

##### **Article 9.1 au niveau de la branche**

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

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 Permanente de Négociation et d'Interprétation.

##### **Article 9.2 au niveau de l'entreprise**

Dans le cadre d'une gestion paritaire du régime mutualisé de complémentaire santé, les entreprises n'ayant pas souscrit un contrat dans le cadre de la

recommandation définie au présent accord doivent fournir les comptes de résultats annuels du régime en vigueur dans l'entreprise et les porter à la connaissance du comité social et économique pour information.

L'établissement de ces comptes de résultats relevant d'une obligation de l'organisme assureur au titre de l'article 15 de la Loi du 31 décembre 1989 dont le contenu est précisé dans le décret n°90-769 du 30 août 1990.

### **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<sup>er</sup> janvier 2021.

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) :

- **ADREA Mutuelle, Groupe AESIO**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 311 799 878 - Siège social : 25 Place de la Madeleine - 75008 Paris.
- **APICIL Prévoyance**, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale. SIREN : 321 862 500 – Siège social : 38 rue François Peissel – 69300 CALUIRE ET CUIRE.
- **HARMONIE Mutuelle**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la



Mutualité. SIREN : 538 518 473 – Siège social : 143, rue Blomet – 75015 PARIS.

- **Mutuelle OCIANE MATMUT**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. SIREN : 434 243 085 – Siège social : 35 rue Claude Bonnier – 33054 BORDEAUX Cedex.
- **SOLIMUT Mutuelle de France**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. SIREN : 383 143 617 – Siège social : 7 Quai de la Joliette Castel Office – 13002 MARSEILLE.

### **Article 12**

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

Dans les entreprises dotées d'institution représentative du personnel, les employeurs devront consulter ces instances représentatives du personnel sur la mise en place ou la modification de la complémentaire santé obligatoire.