



ACCORD DE BRANCHE RELATIF A LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Préambule

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager la mise en place d'une couverture complémentaire de remboursement de frais de santé obligatoire (ci-après « le régime de complémentaire santé ») dans le respect des dispositions légales et en particulier dans les entreprises qui n'auraient pas déjà mis en place un régime de frais de santé obligatoire.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la branche à une couverture en matière de remboursements de frais de santé de qualité (au-delà de la couverture minimale visée à l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale), les partenaires sociaux ont souhaité organiser la mutualisation des risques auprès d'un organisme assureur référencé, après mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence.

L'objectif poursuivi par les partenaires sociaux a également été d'assurer un bon équilibre à long terme du régime de complémentaire santé et de mettre en place un régime conforme aux prescriptions de l'article L.871-1 et des décrets pris en application de ces dispositions.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise portant sur le même objet, met à la charge de tous les employeurs entrant dans le champ d'application du présent accord l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions ci-après définies :

Rob
JCP
RDF
97

Article 1 – Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime d'assurance maladie légalement obligatoire.

Les partenaires sociaux ont souhaité référencer un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de remboursement de frais de santé.

Ce référencement se traduit par la conclusion d'un contrat de garanties collectives obligatoires auprès de l'organisme choisi. Le dispositif contractuel est également complété par un Protocole Technique et Financier et un Protocole de Gestion Administrative qui précisent les modalités de mise en place et d'application de ce contrat.

Article 2 - Champ d'application

A titre liminaire, les partenaires sociaux s'accordent à rappeler que le présent accord n'a aucunement vocation à se substituer aux accords existants dans les entreprises. Le présent accord s'applique aux employeurs et salariés relevant du champ d'application professionnel et géographique de la Convention Collective Nationale de l'Assainissement et de la Maintenance Industrielle et non déjà couverts.

Article 3 – Salariés bénéficiaires

3.1- Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises relevant du présent accord, sans condition d'ancienneté.

3.2- Suspensions du contrat de travail

3.2.1 Suspensions du contrat de travail rémunérées ou indemnisées

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

R.S
J.C.P
R.D.F.

3.2.2 Autres cas de suspension du contrat de travail

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient pas d'un maintien total ou partiel de salaires, ou du versement d'indemnités journalières complémentaires (par exemple les salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise ou les salariés en état d'invalidité) ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé.

Ils pourront toutefois continuer, s'ils le souhaitent, à bénéficier du régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, dans les conditions fixées aux contrats de garanties collectives, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

3.3- Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Toutefois, sans remise en cause du caractère obligatoire du régime et conformément aux dispositions de l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés suivants ont la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- 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 le justifier par écrit, en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- 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 ;
- Les salariés qui bénéficient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), sous réserve de produire la décision administrative d'attribution de l'un de ces dispositifs. La dispense d'adhésion ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.
- Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel. Les salariés devront produire tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance.

RCS
SCP PDF

- Les salariés bénéficiant, pour les mêmes risques, y compris en qualité d'ayant droit, de prestations servies :

- Dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale à condition, lorsque le salarié est couvert en qualité d'ayant droit, que le dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ; Ce cas de figure concerne également les couples salariés au sein de la même entreprise, l'un des deux membres du couple pouvant être couvert en qualité d'ayant droit.
- Dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.
- Dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Dans tous les cas, ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date de mise en place du régime ou d'embauche.

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

En outre, les salariés sont tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an (et ce, avant le 31 janvier de chaque année), les informations permettant de justifier de leur situation.

En tout état de cause, à défaut de demande écrite et de justificatif, adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire santé.

S'agissant des entreprises non adhérentes aux contrats de garanties collectives souscrits auprès de l'Organisme assureur référencé :

- Elles devront, si elles le souhaitent, formaliser leur volonté d'appliquer tout ou partie de ces dérogations au caractère obligatoire au sein de l'acte juridique de mise en place de leur régime, au sens de l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale. A défaut, les salariés ne pourront pas se prévaloir des différents cas de dispense;
- En cas de formalisation du régime de complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur, la mise en œuvre éventuelle des dispenses s'entend sans préjudice de l'application le cas échéant des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

R.S
J.C.P
P.D.F.
J.P.

Article 3.4 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

3.4.1 Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

Conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail (sauf pour cause de faute lourde), ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés bénéficient du maintien des garanties complémentaires santé obligatoires et, le cas échéant, optionnelles, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, à la condition notamment que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Dans tous les cas, le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Conformément à la réglementation en vigueur, la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Ce maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés en activité.

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

Les modalités d'application de ce dispositif de portabilité des droits sont précisées dans le cadre du Protocole de Gestion administrative.

3.4.2 Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé obligatoire, instituée par le présent accord, sera maintenue par l'organisme assureur, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- Au profit des 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, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de maintien des garanties dont ils bénéficient au titre du dispositif de portabilité,

R.S
J.C.P
R.D.F.
T.D.

- Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin » incombe à l'organisme assureur référencé, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Article 4 – Financement

4.1 - La cotisation

- Les salariés et employeurs acquittent la cotisation destinée à financer le régime complémentaire santé obligatoire.

Outre le salarié, les bénéficiaires des garanties peuvent être, sous réserve de leur inscription au bulletin d'adhésion, les suivants :

- Le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20e anniversaire ou son 28e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.
- Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés souhaitant améliorer le niveau des garanties dont ils bénéficient au titre du régime de complémentaire santé obligatoire auprès de l'organisme assureur référencé, peuvent adhérer, à titre facultatif, à un régime de surcomplémentaire santé optionnel, dans les conditions fixées par le contrat de garanties collectives souscrit à cet effet.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture optionnelle est à la charge exclusive du salarié. Les ayants droit du salarié, couverts au titre du régime obligatoire, bénéficieront automatiquement des garanties optionnelles dans les conditions fixées par le contrat de garanties collectives.

4.2 - Assiette de la cotisation

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le plafond mensuel de la sécurité sociale évolue chaque année par voie réglementaire.

A titre d'information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé pour l'année 2015 à 3 170 euros.

R.S
J.C.P.


4.3 - Taux et répartition des cotisations

4.3.1 Régime de complémentaire santé obligatoire :

La cotisation du régime complémentaire santé obligatoire est financée à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur, dans les conditions ci-après définies :

Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Adulte (salarié)	0,405% PMSS	0,405% PMSS	0,81% PMSS

Salariés relevant du Régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle (Régime Local)

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Adulte (salarié)	0,155% PMSS	0,155% PMSS	0,31% PMSS

4.3.2 A titre facultatif

Régime Général de la Sécurité sociale

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,51% PMSS	-	0,51% PMSS
Adulte (conjoint)	0,81% PMSS	-	0,81% PMSS

Régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle (Régime Local)

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,18% PMSS	-	0,18% PMSS
Adulte (conjoint)	0,31% PMSS	-	0,31% PMSS

R.S
J.C.P
21
R.D.F
D.P

4.3.3 Régime surcomplémentaire santé optionnel

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture optionnelle ainsi que ses évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

A titre informatif, les taux de cotisations sont fixés pour 2016 comme suit :

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Adulte	0,72% du PMSS	-	0,72% du PMSS
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,40% du PMSS	-	0,40% du PMSS

Salariés relevant du Régime de Sécurité sociale d'Alsace-Moselle (Régime local)

	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
Adulte	0,70% du PMSS	-	0,70% du PMSS
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	0,40% du PMSS	-	0,40% du PMSS

Article 4.4 – Evolution ultérieure de la cotisation du régime de complémentaire santé obligatoire

Les taux de cotisations, mentionnés aux articles 4.3.1 et 4.3.2, fixés à la mise en place du régime sont maintenus jusqu'au 31 décembre 2018 à législation constante.

En cas de hausse des cotisations suite à un changement de législation, y compris au titre de la période de maintien des taux visée ci-dessus, celles-ci évoluent automatiquement selon la répartition fixée dans le présent accord dans la limite de 10% de la cotisation totale. Au-delà de ce plafond, une nouvelle négociation sera engagée afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime (évolution des cotisations et /ou des prestations du régime).

En revanche, toute évolution des cotisations fixées aux articles 4.3.1 et 4.3.2 liée à la sinistralité du régime (en cas de résultats déficitaires ou excédentaires), fera l'objet d'une négociation afin de décider des mesures destinées à garantir l'équilibre du régime. Toute modification sera formalisée par avenant au présent accord.

R.S.
J.C.P.
R.D.F.
DP

Article 5 – Prestations

Article 5.1 - Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé (obligatoire et optionnel) est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties prévu dans le cadre du contrat de garanties collectives souscrit avec l'organisme assureur référencé, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions liées à la réglementation relative aux « contrats responsables ». Toute modification législative ou réglementaire en la matière sera automatiquement répercutée par voie d'avenant au présent accord, de telle sorte que le régime de complémentaire santé reste conforme aux règles fixées par l'article L.871-1 précité et les textes pris en application de ces dispositions.

Les entreprises non adhérentes au contrat de garanties collectives souscrit auprès de l'organisme assureur référencé devront, en tout état de cause, mettre en place un régime de complémentaire santé dont le niveau des prestations est au moins aussi favorable que la couverture minimale obligatoire instituée par le présent accord.

Article 6 – Commission Nationale Paritaire de suivi du régime

Le régime est piloté par la Commission Nationale Paritaire de Suivi comprenant les membres de la FNSA et les organisations de salariés représentatives et/ou signataires de la Convention Collective Nationale de l'Assainissement et de la Maintenance Industrielle, dans les conditions ci-après définies.

Article 6.1 - Rôle et compétences :

Cette commission a notamment pour missions :

- D'étudier, au minimum une fois par an, les documents, rapports financiers et analyses commentées, établis et communiqués par l'organisme assureur référencé ;
- D'assurer un suivi de la consommation médicale ;
- De veiller au bon équilibre du régime complémentaire santé ;
- D'émettre des propositions d'ajustement du régime en cas de résultats déficitaires ou excédentaires ou en cas de hausse de plus de 10% de la cotisation totale suite à un changement de législation, et de proposer toutes mesures, préventives ou correctrices à la commission sociale paritaire, pour améliorer les résultats des contrats de garanties collectives et enrayer tout risque de déficit ;
- De proposer, étudier et soumettre à la commission sociale paritaire toutes modifications corrélatives au présent accord et aux contrats de garanties collectives.

RS
JCP
RDF
DP

Article 9 – Révision

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérent au présent accord pourra demander à tout moment la révision du présent accord.

La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer.

La Commission Nationale Paritaire de Suivi se réunira pour étudier les propositions de modifications dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de la demande de révision.

En tout état de cause, les modifications, soumises à la commission sociale paritaire et validées par celle-ci, devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient.

Article 10 – Dénonciation

La dénonciation du présent accord peut intervenir à tout moment sous réserve d'un préavis de trois mois. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

La Commission Nationale Paritaire de Suivi se réunira alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager et de soumettre à la commission sociale paritaire l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Fait à Paris, le 6 octobre 2015

La Fédération Nationale des Syndicats
de l'Assainissement et de la
Maintenance Industrielle (FNSA)



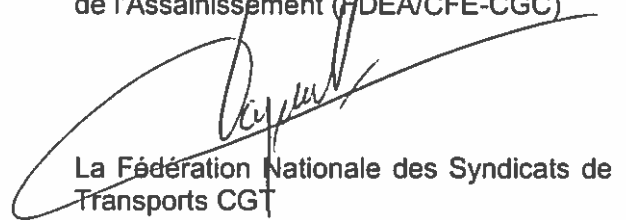
La Fédération Générale des Transports et
de l'Équipement (FGTE-CFDT)



La Fédération Générale CFDT des
transports (SNED)



La Fédération de la Distribution de l'Eau et
de l'Assainissement (FDEA/CFE-CGC)

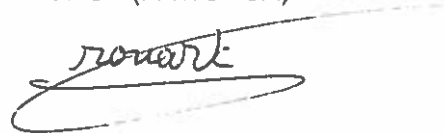


La Fédération Nationale des Syndicats de
Transports CGT

La Fédération Force Ouvrière du Transport
(CGT-FO)



La Fédération Autonome des Transports
UNSA (FAT/UNSA)



ANNEXE: TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS	Socle Obligatoire	Facultatif
	<i>Y compris du régime obligatoire</i>	<i>Y compris du régime obligatoire + socle</i>
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE		
Honoraires	100% BR	200% BR
Avec adhésion CAS	100% BR	
Sans adhésion CAS		
Frais de séjour	100% BR	
Chambre particulière		3% PMSS
Chambre particulière ambulatoire		
Forfait journalier sauf établissements médico-sociaux	OUI	
Lit accompagnant enfant moins de 12 ans		
MEDECINE COURANTE		
Consultation, visite de généraliste	100% BR	
Consultation, visite de spécialiste avec adhésion CAS	100% BR	200% BR
Consultation, visite de spécialiste sans adhésion CAS	100% BR	
Acte d'imagerie médicale, échographie	100% BR	
Analyses	100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR	
Actes techniques médicaux avec adhésion CAS	100% BR	
Actes techniques médicaux sans adhésion CAS	100% BR	
PHARMACIE		
Pharmacie remboursée à 65% / SS	100% BR	
Pharmacie remboursée à 30% / SS	100% BR	
Pharmacie remboursée à 15% / SS	100% BR	
DENTAIRE		
Soins conservateurs	100% BR	
Inlays Onlays	100% BR	
Prothèses dentaires remboursées par la SS	125% BR	350% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la SS		
Actes dentaires hors Nomenclature :		
Implantologie		200€ max deux par an
Orthodontie acceptée par la SS	125% BR	300% BR
OPTIQUE	<i>Limité à un équipement tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de dioptrie</i>	
Monture - Adulte	40 €	100 €
Monture - Enfant (-18 ans)	30 €	80 €
UNIFOCAL ADULTE (par verre)		
BR 2,29	30 €	60 €
BR 3,66	30 €	60 €
Autres BR	30 €	80 €
MULTIFOCAL ADULTE (par verre)		
BR 7,32	80 €	160 €
BR 10,37	80 €	160 €
Autres BR	80 €	200 €
UNIFOCAL ENFANT (par verre)		
BR 12,04	30 €	50 €
BR 14,94	30 €	50 €
Autres BR plus multifocaux	80 €	120 €
Lentilles remboursées par la SS	100 €	
Chirurgie de l'œil au laser		forfait 200 € par œil
ORTHOPEDIE, PROTHESES AUTRES QUE DENTAIRES		
Prothèses auditives	100% BR	forfait 500€
Grand appareillage	100% BR	
Orthopédie, autres prothèses non dentaires	100% BR	200% BR
AUTRES POSTES		
Transport	100% BR	
Actes de Prévention	oui	
Maternité - Adoption		5% PMSS
Cures thermales acceptées par la SS		5% PMSS
ACTES HORS NOMENCLATURE		
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture		25€ par séance 3 fois/an

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM : Ticket Modérateur

FR : Frais Réels

CAS : Contrat d'accès aux soins

[Handwritten signatures and initials]