



Accord du 25 septembre 2015 relatif au régime de frais de santé

Etendu par arrêté du 24 décembre 2015 JORF 30 décembre 2015

IDCC

- > 2098

SIGNATAIRES

- > Fait à :

Fait à Paris, le 25 septembre 2015.

- > Organisations d'employeurs :

ANCR ; FIGEC ; SIST ; CNET ; SORAP ; SP2C ; SYNAPHE ; AAEC.

- > Organisations syndicales des salariés :

FNECS CFE-CGC ; CSFV CFTC ; F3C CFDT.

- > Adhésion :

FEC FO 54, rue d'Hauteville 75010 Paris, par lettre du 8 décembre 2015 (BO n°2016-2)

NOTA

- >

Décision n^{os} 396835 et 396837 du 17 mars 2017 du Conseil d'Etat statuant au contentieux.

ECLI:FR:CECHR:2017:396835.20170317

L'arrêté du 24 décembre 2015 du ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes portant extension de l'accord du 25 septembre 2015 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé dans la branche des prestataires de services dans le domaine tertiaire (NOR : AFSS1532459A) et l'arrêté du 24 décembre 2015 portant extension de l'avenant indivisible du 25 septembre 2015 (NOR : AFSS1532446A) à cet accord sont annulés en tant qu'ils s'appliquent à des salariés embauchés en contrat à durée déterminée ou en « contrat d'intervention à durée déterminée ».

Toutefois, sous réserve des actions contentieuses engagées à la date du 17 mars 2017 contre les actes pris sur leur fondement, les effets de ces arrêtés pour les salariés dont les contrats de travail sont en cours ou achevés à cette date doivent être réputés définitifs.

NUMÉRO DU BO

- > 2015-45

LISTE DES CONVENTIONS AUXQUELLES CE TEXTE EST RATTACHÉ

- > [Convention collective nationale du personnel des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire du 13 août 1999](#)

(1) Voir nota dans En savoir plus sur le texte

Préambule

Article

En vigueur étendu

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, a prévu une généralisation pour tous les salariés d'une couverture santé cofinancée par leur employeur à compter du 1er janvier 2016.

Les décrets d'application de cette loi ont permis à la branche des prestataires de services de se réunir en vue de mettre en place, par accord de branche collectif et obligatoire, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1er janvier 2016.

C'est dans ce cadre légal et réglementaire notamment que la branche a ainsi mis en œuvre un appel à candidatures ouvert à tout assureur susceptible d'assurer un régime collectif de garanties en matière de frais de santé.

Cet appel à candidatures a pris fin le 27 juillet 2015, au terme du délai et des exigences réglementaires en vigueur.

C'est en considération de ces éléments que les partenaires sociaux, à l'issue de différentes auditions pendant lesquelles ils ont été assistés par un actuaire indépendant, ont décidé de recommander un assureur au titre du présent accord.

C'est dans ce cadre que le présent accord et cet avenant ont été discutés et négociés conformément notamment aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Titre Ier Champ d'application et objet

Article 1er

En vigueur étendu

Champ d'application

Le champ d'application du présent accord concerne les entreprises dont l'activité principale est constituée par une ou plusieurs des activités suivantes :

1. Les entreprises de téléservices qui font pour le compte de leurs clients les travaux de secrétariat, réception ou émission d'appels, télésecrétariat, domiciliation commerciale, bureautique et transfert de données informatiques et toutes prestations de services nécessaires au bon fonctionnement d'un bureau, d'une entreprise quelle que soit sa nature (commerciale, industrielle, service, profession libérale) et même des particuliers, en utilisant les nouvelles techniques de télécommunications.

Par ailleurs, les entreprises de services réalisant également toute opération manuelle de saisie, acquisition ou capture de données, à partir de tout support (papier, documents scannerisés, images numériques, etc.).

2. Les centres d'affaires et entreprises de domiciliation qui, en tant que prestataires de services, assurent à titre principal une assistance aux entreprises en leur offrant un service comprenant totalement ou partiellement la domiciliation fiscale ou commerciale, la mise à disposition de bureaux individuels équipés pour toute durée (à l'heure, au jour, à la semaine, au mois, à l'année, etc.), la mise à disposition d'installations téléphoniques et bureautiques, la mise à disposition de salles de réunion.

Par ailleurs, ils réalisent également à la demande de leur clientèle tous travaux spécifiques de bureautique.

Plus généralement, les centres d'affaires et entreprises de domiciliation permettent à toute entreprise, quelle que soit sa forme juridique, de disposer de toute la logistique indispensable à l'exercice de son activité professionnelle.

3. Les entreprises de recouvrement de créances et/ou de renseignements commerciaux ou économiques.

4. Les entreprises de traduction, quelle que soit leur forme juridique, pour autant qu'elles délivrent des prestations de services de traduction ainsi que toutes activités s'y rattachant.

5. Toute structure autonome à but lucratif ou non lucratif généralement appelée palais des congrès ou centre de congrès ayant pour vocation d'offrir à toutes personnes physiques ou morales un service d'organisation et de prestation de services, internes ou externes, et des équipements destinés à les accueillir et/ ou à animer leurs manifestations, à l'exclusion des foires et expositions.

Ils peuvent prendre éventuellement diverses appellations en y joignant ou non une ou plusieurs caractéristiques (festival, musique...) ainsi que le nom de la ville dans laquelle ils se situent.

6. Entrent également dans le champ d'application de la convention collective nationale des prestataires de services les entreprises dont l'activité principale réside dans :

– les services d'accueil à caractère événementiel : services d'accueil occasionnels dans le cadre de salons, conventions, colloques ou tout autre événement de relation publique ou commercial. Les services développés intègrent l'ensemble des composantes de l'accueil de réception : gestion de listings, attributions de badges, mallettes, documentation, vestiaire, service voiturier, acheminement de groupes incluant accueil en gare ou en aéroport et visite de sites (ex. : usine ou autre site de production ou de réalisation) ;

– les actions d'animation et de promotion : de l'échantillonnage, distribution, etc., à la promotion des ventes en grands magasins ou GSM dont l'objectif est de faire connaître et de vendre les produits (ou services) du client aux consommateurs sur le lieu de vente.

Le type de prestation plus couramment développé est l'animation consistant à mettre en avant un produit, une marque ou un événement par le biais d'une distribution publicitaire, d'un échantillonnage, d'une dégustation, d'une vente-conseil, d'une démonstration dans les points de vente ou à l'extérieur ou plus simplement par le biais d'une présence en tenue publicitaire.

L'ensemble de ces prestations ont pour caractéristiques communes la mise en œuvre et la gestion complète de moyens humains et matériels dans le cadre d'une offre globale adaptée aux besoins de chaque client. Elles mettent en jeu le conseil, les ressources humaines terrain, la technologie informatique (matériels et logiciels de relevés, de transmission et d'analyse des données) et la logistique du matériel d'animation ou de promotion (stockage, expédition, installation et maintenance...) dans le cadre de la prestation ;

– la gestion annualisée de prestations de services d'accueil et d'accueil téléphonique en entreprise, la gestion totale de services d'accueil externalisés.

7. Les centres d'appels dont la vocation est de gérer à distance la relation que les entreprises souhaitent entretenir avec leurs clients et prospects. C'est un ensemble de moyens humains, organisationnels et techniques mis en place afin d'apporter à la demande et aux besoins de chaque client une réponse adaptée.

À ce titre, les centres d'appels se définissent comme des entités composées d'opérateurs, organisés par types de compétence et regroupés par équipes sur des plates-formes destinées à gérer, exclusivement par téléphone et à distance, des clients et/ou des prospects en s'appuyant sur des systèmes de couplage téléphonique et informatique, que ce soit en émission ou en réception d'appels.

Entités de relation à distance, les centres d'appels optimisent l'outil téléphonique et ses connexions avec l'informatique et d'autres médias (courrier, fax, Minitel, Internet, extranet, SMS, WAP, etc.).

Ils mettent en jeu quatre composantes majeures :

- les ressources humaines (téléconseillers, superviseurs, managers, formateurs...);
- la technologie (téléphonie, informatique, Internet, logiciels, progiciels, serveurs multimédias, bases de données, cartes de commutation, câblage...);
- la logistique (immobilier, mobilier, ergonomie de l'environnement matériel et de l'environnement écran...);
- une culture et des méthodes marketing (stratégie de l'entreprise, relation client, fulfillment, profitabilité...).

Par exception, le champ d'application de la convention collective des prestataires de services ne concerne pas les centres d'appels filiales de sociétés de télécommunications ou centres d'appels intégrés, lesquels entrent dans le champ d'application de la convention collective des télécommunications.

Entrent enfin dans le champ d'application de la convention collective des prestataires de services les entreprises dont l'activité principale réside dans :

- les actions de force de vente : actions dont l'objectif est de développer les ventes des produits ou des services du client.

Ces actions regroupent les opérations ponctuelles (lancement de produits, opérations promotionnelles ou saisonnières) et les opérations permanentes.

Elles sont menées en particulier dans les points de vente de la grande distribution, de la distribution spécialisée (surfaces de bricolage, jardinage, téléphonie...), mais aussi auprès d'autres circuits de distribution ;

- les actions d'optimisation linéaire : actions dont l'objectif est de valoriser la présence, le positionnement et la visibilité des produits (ou services) du client dans son ou ses réseaux de distribution.

Ces actions regroupent les opérations de pose de PLV, implantations et réimplantations, destinées à mettre en avant les produits, mais aussi les opérations permanentes de veille commerciale en point de vente : relevés de prix, de présence et nombre de facings ainsi que des informations concernant la concurrence (celle de l'industriel pour lequel l'action est conduite).

Elles sont menées dans tous les réseaux de distribution.

8. Les entreprises qui pratiquent l'activité de recherche de débiteurs en masse, autrement appelée activité d'enquête civile, entrent dans le champ d'application de la convention collective des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire.

Afin d'éviter toute confusion avec toute autre activité, et notamment avec l'activité du recouvrement de créances, il a été décidé de définir clairement l'activité d'enquête civile.

Cette définition permet de clarifier le champ d'application de la réglementation LSI visé par l'article 20 de la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983.

L'activité d'enquête civile dont la finalité exclusive est la recherche de débiteurs en masse consiste à mettre en œuvre, pour le compte de tiers, dans le cadre d'une demande spécifique, tous moyens d'investigations destinés à déterminer les éléments relatifs aux coordonnées, à la solvabilité et au patrimoine d'une personne physique.

L'interrogation de bases de données issues de publicités légales ou de fichiers accessibles à titre gratuit et/ou onéreux ne constitue pas une activité d'enquête civile.

Article 2

En vigueur étendu

Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif de frais de santé dans la branche des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire.

Ce régime collectif et obligatoire comporte les éléments suivants :

- une couverture frais de santé à adhésion obligatoire destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dénommée « couverture du socle obligatoire » ;
- des couvertures frais de santé optionnelles et facultatives pouvant être choisies par les entreprises, à titre plus favorable, comme étant leur régime collectif à adhésion obligatoire ;
- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

En application du principe de faveur, toute entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui mis en place par la branche au titre de la couverture du socle obligatoire, selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Il est en outre précisé que lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans une entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord, ses stipulations devront le cas échéant être adaptées en conséquence, conformément notamment aux articles L. 2242-11, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail.

Titre II Couverture du socle conventionnel obligatoire

Article

En vigueur étendu

Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord doivent couvrir, a minima, selon les modalités fixées à l'article 7, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre de la couverture du socle conventionnel obligatoire (Base 1), acte par acte, définie à l'article 4.

Ces mêmes entreprises visées à l'article 1er du présent accord doivent en outre satisfaire, a minima, à la répartition du financement employeur-salarié mentionnée à l'article 9.

Il est expressément rappelé que, en dehors des cas légaux et, le cas échéant, conventionnels de maintien et de portabilité des garanties, la durée de la couverture du socle conventionnel obligatoire est par principe strictement égale à la durée contractuelle de travail effectif entre le salarié et son employeur.

Article 3

En vigueur étendu

Périmètre des bénéficiaires

Article 3.1

En vigueur étendu

Caractère collectif

La couverture du socle conventionnel obligatoire prévue au titre du présent accord bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises visées à l'article 1er du présent accord, sans sélection médicale préalable.

Article 3.2

En vigueur étendu

Caractère obligatoire

Tous les salariés concernés, quelle que soit leur ancienneté, bénéficient obligatoirement de la couverture du socle conventionnel obligatoire.

Il est précisé que le caractère obligatoire du régime de frais de santé envisagé résulte de la signature même du présent accord.

Celui-ci s'impose en conséquence dans les relations individuelles de travail et les salariés ne pourront pas s'opposer, le cas échéant, au précompte de leur quote-part de cotisations.

Ce caractère obligatoire est apprécié sous réserve des dispositions visées ci-après.

Article 3.2.1**En vigueur étendu****Clause d'ancienneté**

Il est expressément précisé que les parties signataires n'entendent pas fixer de clause d'ancienneté au titre du présent régime collectif de frais de santé compte tenu des termes de la circulaire ACOSS n° 2015-045 du 12 août 2015 bien qu'elle apparaisse contraire au décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 et en particulier au dernier alinéa de l'article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale en vigueur.

En cas de modification légale, réglementaire ou jurisprudentielle touchant à la notion de clause d'ancienneté dans un régime collectif de frais de santé, il est expressément convenu que les organisations syndicales et patronales se réuniront pour adapter les termes du présent article en fixant, le cas échéant, une clause d'ancienneté.

Article 3.2.2 (1)**En vigueur étendu**

Dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés au présent régime, toutes les dispenses d'adhésion prévues aux articles D. 911-2, D. 911-3 et R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sont retenues au titre du présent accord.

Peuvent donc se dispenser d'adhésion, en fournissant le cas échéant les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de 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 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment à la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense ne peut alors 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 au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, en la justifiant chaque année, relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale ;
 - dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - 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. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.

En aucun cas une dispense d'adhésion ne peut être imposée au salarié. La faculté de dispense relève d'un libre choix du salarié qui est explicitement exprimé par lui.

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

Cette dispense écrite, accompagnée le cas échéant des justificatifs requis, comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Il est précisé que pour les justifications devant être fournies chaque année, celles-ci devront être adressées par le salarié entre le 1er et le 31 décembre N - 1 au plus tard.

Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif dans ce délai, le salarié est affilié à effet du 1er janvier de l'année suivante. Les documents afférents à la couverture lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter leur employeur, par écrit, pour l'adhésion à la couverture du socle conventionnel obligatoire.

Cette adhésion prend alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande. Elle sera irrévocable pendant une durée de 1 année civile pleine, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre de l'année N + 1.

(1) Article étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 911-7 et des articles D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale relatives au versement santé.

(Arrêté du 2 août 2019 - art. 1)

Article 3.3

En vigueur étendu

Extension facultative de la couverture du socle conventionnel obligatoire aux ayants droit du salarié

Les ayants droit du salarié peuvent adhérer à la couverture obligatoire en vigueur par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié auprès d'un assureur et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique dans les conditions prévues à l'article 9.

Par ayants droit du salarié, il est entendu :

Son conjoint ;

Par conjoint, il est entendu :

– son époux ou épouse, ni séparé(e) de corps judiciairement, ni divorcé(e).

Ou, à défaut,

– la personne liée avec lui par un pacte civil de solidarité (Pacs) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du code civil.

Ou à défaut,

– la personne vivant en couple avec lui au sens de l'article 515-8 du code civil, sous réserve que le salarié et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou Pacs).

Ses enfants à charge ;

Sont réputés à charge du salarié, les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire ou soit soumis à l'obligation du versement d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent remplir les conditions cumulatives suivantes :

– être âgés de moins de 21 ans ;

– bénéficier d'un régime de sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle).

La limite d'âge susvisée est portée à 26 ans pour ses enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

– s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du Smic ;

– s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;

– s'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeurs d'emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi), ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour ses enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte " mobilité inclusion ", prévue par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21e anniversaire.

Article 4

En vigueur étendu

Prestations obligatoires minimales

Les prestations de la couverture du socle obligatoire (couverture base 1) devant bénéficier a minima, acte par acte, à chaque salarié visé à l'article 3 sont mentionnées dans les grilles annexées au présent accord.

Il est rappelé que, à titre plus favorable, les entreprises couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer, comme couverture collective et obligatoire, les couvertures base 2 ou base 3 visées dans les grilles annexées au présent accord.

Titre III Couvertures optionnelles

Article

En vigueur étendu

Les entreprises comprises dans le champ du présent accord peuvent proposer, selon les modalités prévues par l'article 7, à tous les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 des couvertures optionnelles définies à l'article 5.

Ces couvertures optionnelles peuvent être proposées avec des tarifs maxima égaux à ceux mentionnés à l'article 9.

Article 5

En vigueur étendu

Prestations optionnelles

Les couvertures optionnelles se déclinent autour des niveaux base 2 et base 3 qui pourraient être souscrites, à titre facultative, en option au régime collectif et obligatoire en vigueur dans l'entreprise.

Les prestations des niveaux optionnels base 2 et base 3 sont mentionnées dans les grilles annexées au présent accord.

Les combinaisons possibles, au titre des couvertures optionnelles susvisées, sont donc les suivantes :

- base 1 obligatoire + option pour atteindre base 2 ;
- base 1 obligatoire + option pour atteindre base 3 ;
- base 2 obligatoire + option pour atteindre base 3.

Les ayants droit souhaitant bénéficier de ces couvertures optionnelles devront respecter les principes de symétrie et d'automatisme.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de l'existence ou de la mise en place de contrats surcomplémentaires plus favorables et, le cas échéant, limités à des catégories telles que celles visées à l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 6

En vigueur étendu

Changement d'option

Le salarié peut demander à changer d'option dans les conditions ci-après définies :

- adhésion à une couverture optionnelle pour obtenir un niveau de prestations plus élevé :

Le changement prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

En cas de changement de situation de famille, sous réserve que le salarié le justifie, le changement prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;

- modification du niveau de couverture pour diminuer le niveau des prestations :

Le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.

Il prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Par exception, et sous réserve que le salarié le justifie par écrit :

- en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;
- en cas de diminution de plus de 20 % des revenus imposables du foyer au vu des avis d'imposition des 2 dernières années : le changement prend effet au 1er janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Titre IV Dispositions communes à la couverture du socle obligatoire et aux couvertures optionnelles

Article 7

En vigueur étendu

Adhésion à un organisme assureur

Afin de satisfaire à leurs obligations découlant des titres II et III du présent accord, les entreprises visées à l'article 2 souscrivent à un contrat d'assurance satisfaisant aux dispositions du présent accord et notamment le présent titre et le titre V.

Le présent accord entraîne l'affiliation des salariés tels que visés aux articles 3.1 et 3.2, sous réserve, le cas échéant, des cas de dispense d'adhésion au contrat collectif souscrit par leur employeur.

Conformément aux dispositions légales, l'employeur remettra contre décharge à chaque salarié bénéficiaire une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur choisi, décrivant notamment les garanties du régime et leurs modalités d'application.

Cette notice prévoira un document complémentaire permettant aux salariés qui en seront destinataires d'apprécier les conséquences de leur choix en cas de dispense d'adhésion, notamment dans le cas prévu par l'article R. 242-1-6,2°, b, du code de la sécurité sociale.

Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

Article 8

En vigueur étendu

Contrat responsable

La couverture du socle obligatoire et les couvertures optionnelles (option 1 et option 2) ainsi que le contrat d'assurance visé à l'article 7 sont mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 83,1°, quater, du code général des impôts.

Le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat « responsable » conformément aux articles L. 322-2, II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Il est expressément convenu que ce contrat sera adapté en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable.

Il est rappelé que l'assureur choisi a un rôle de conseil pour l'entreprise couverte. Tout assureur choisi veillera à informer l'entreprise ou son représentant de tout projet dont il aurait connaissance susceptible de remettre en cause le caractère responsable du présent régime.

Les organisations signataires conviennent de se réunir sans délai dès lors qu'elles auront été informées d'une possible modification en ce sens pour envisager les modifications à apporter au présent régime.

Article 9

En vigueur étendu

Cotisations et répartition

Article 9.1

En vigueur étendu

Cotisations

Les cotisations au présent régime sont exprimées en pourcentage du salaire brut fixe de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires notamment) du salarié bénéficiaire, plafonnées par des montants exprimés en euros.

Il est entendu que cette cotisation prend notamment en compte la mutualisation de la portabilité légale de la couverture mise en place par le présent accord.

Il est rappelé que les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur.

Les organisations signataires conviennent de se réunir pour les revoir en cas de changement de ces textes.

Article 9.1.1

En vigueur étendu

Cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire

Les partenaires sociaux maintiennent la structure des cotisations du régime, exprimées pour rappel en pourcentage du salaire brut fixe de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires notamment) du salarié bénéficiaire, plafonnées par des montants exprimés en euros.

Les cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire sont fixées comme suit pour les entreprises et salariés relevant du régime général de la sécurité sociale :

Taux de cotisations du régime collectif obligatoire. Régime général	Cotisations (en pourcentage du salaire)	Plafonds
Base 1	1,84 %	53,82 €
Base 2	2,48 %	72,79 €
Base 3	3,10 %	91,22 €

Les partenaires sociaux fixent expressément une grille de cotisations spécifiques au titre du socle conventionnel obligatoire pour les entreprises et salariés relevant du régime spécifique de l'Alsace-Moselle, comme suit :

Taux de cotisations du régime collectif obligatoire. Alsace-Moselle	Cotisations (en pourcentage du salaire)	Plafonds
Base 1	1,29 %	37,67 €
Base 2	1,73 %	50,95 €
Base 3	2,17 %	63,86 €

Cotisations au titre des couvertures facultatives et/ou optionnelles

a) Cotisations au titre des couvertures facultatives

Les cotisations au titre des couvertures facultatives sont fixées comme suit :

Taux de cotisations des adhésions facultatives (en pourcentage du PMSS). Régime général	Conjoint	Enfant (gratuit à partir du 3e)
Base 1	1,30 %	0,72 %
Base 2	1,93 %	0,89 %
Base 3	2,32 %	1,12 %
Alsace-Moselle		
Base 1	0,92 %	0,51 %
Base 2	1,35 %	0,63 %
Base 3	1,62 %	0,80 %

Il est rappelé que l'ayant droit qui adhère à titre facultatif (le conjoint et le/ les enfant [s]) doit bénéficier du même niveau de garanties que le salarié auquel il est rattaché.

b) Cotisations au titre des couvertures optionnelles

Les cotisations au titre des couvertures optionnelles sont fixées comme suit :

Taux de cotisations des garanties optionnelles (en pourcentage du PMSS)	Salarié isolé	Conjoint	Enfant (gratuit à partir du 3e)
Régime général			
Régime optionnel en complément de la Base 1			
Base 2 en option	0,45 %	0,63 %	0,18 %
Base 3 en option	0,77 %	1,03 %	0,41 %
Régime optionnel en complément de la Base 2			
Base 3 en option	0,28 %	0,39 %	0,23 %
Alsace-Moselle			
Régime optionnel en complément de la Base 1			
Base 2 en option	0,45 %	0,63 %	0,18 %
Base 3 en option	0,77 %	1,03 %	0,41 %
Régime optionnel en complément de la Base 2			
Base 3 en option	0,28 %	0,39 %	0,23 %

Répartition employeur/salarié

La couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation due pour le salarié quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou Alsace-Moselle).

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

De la même manière, chaque entreprise reste libre de fixer, à titre plus favorable, un socle conventionnel obligatoire présentant un niveau de garanties plus élevé en choisissant, par exemple, de rendre obligatoire l'adhésion à la couverture « Base 2 » ou « Base 3 » visées dans le présent accord.

Dans ce cas, le financement de l'employeur reste fixé à hauteur de 50 % minimum de la cotisation.

Les cotisations supplémentaires finançant les couvertures facultatives (extension pour l'ayant droit du socle conventionnel, options individuelles pour le salarié et/ ou ayants droit) sont à la charge exclusive du salarié, sauf dispositions plus favorables.

ans ce cas, l'employeur reste soumis à son obligation de participation, prévue au titre du socle conventionnel obligatoire, à hauteur de 50 % de la cotisation due pour le salarié au titre de ce régime

Article 10

En vigueur étendu

Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, à l'une des couvertures optionnelles est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnité journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale permettant d'assurer le financement de la couverture.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié bénéficiaire, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, d'une des couvertures optionnelles.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période indemnisée de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés, et, le cas échéant, la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Le bénéfice des garanties est en revanche suspendu pour le salarié pendant la période de suspension de son contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération ou à indemnisation dans les conditions mentionnées ci-dessus (congé parental, congé sabbatique, congé de soutien familial, congé de solidarité familiale, etc.).

Dans ce cas, le salarié pourra demander le bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par ses soins.

Article 11

En vigueur étendu

Rupture du contrat de travail

Article 11.1

En vigueur étendu

Maintien temporaire au titre de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture du socle obligatoire bénéficient du maintien à titre gratuit, c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation, de la couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, notamment :

- le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est par principe, pour les salariés mensualisés en particulier, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au titre du présent accord ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au 1er alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions :

- aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture du socle obligatoire à la date de la cessation du contrat de travail ;
- aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement de l'une des couvertures optionnelles à la date de cessation du contrat de travail.

Il est expressément convenu que le bénéfice effectif de remboursements pris en charge par l'assureur, gratuitement au titre du maintien temporaire assuré par la mutualisation, n'interviendra qu'une fois les conditions de justificatifs dûment remplies.

Article 11.2

En vigueur étendu

Maintien à l'identique de la couverture au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

L'organisme assureur choisi propose en priorité une couverture frais de santé identique, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, 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) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement les ayants droit (en application des principes de symétrie et d'automatisme) au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article 11.1 du présent accord.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur concerné dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties visé à l'article 11.1 du présent accord.

En cas de décès du salarié, les ayants droit peuvent bénéficier de cette couverture à l'identique pour une durée maximale de 1 an, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès et sans contrepartie de cotisation.

Les résultats techniques afférents à ces maintiens à l'identique seront présentés à la commission paritaire visée dans le titre VII du présent accord.

Dans l'éventualité où l'ancien salarié ne souhaite pas bénéficier d'un maintien à l'identique, des formules dites « d'accueil » standard lui seront proposées par l'organisme assureur concerné.

Ce dernier suivra les populations concernées dans le ou les régimes d'accueil et en informera la commission paritaire.

Titre V Assureur gestionnaire recommandé

Article 12

En vigueur étendu

Clause de recommandation

12.1 Organismes assureurs recommandés

En application des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont décidé de recommander trois (3) organismes assureurs pour couvrir le régime frais de santé conventionnel.

C'est à l'issue d'une procédure de mise en concurrence ayant respecté les conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats que cette recommandation est intervenue.

Par conséquent en application du présent accord et compte-tenu des réponses à l'appel d'offres notamment vis-à-vis du principe de mutualisation, les organismes assureurs recommandés à compter du 1er janvier 2024 sont :

- APICIL Prévoyance : 38, rue François-Peissel, BP 99,69644 Caluire-et-Cuire Cedex ;
- Malakoff Humanis Prévoyance : 21, rue Lafitte, 75009 Paris ;
- Harmonie Mutuelle : 143, rue Blomet, 75015 Paris.

12.2 Apéritif

L'apéritif du régime est confiée à l'un des organismes recommandés en principe pour toute la durée de la clause de recommandation.

Les partenaires sociaux, compte tenu des échanges intervenus au cours de l'appel d'offres ayant abouti à la recommandation des organismes assureurs susvisés, ont convenu de confier l'apéritif du régime à : APICIL Prévoyance.

Article 13

En vigueur étendu

Durée de la co-recommandation

Les organismes susvisés sont recommandés pour assurer les garanties instaurées par le présent régime de frais de santé pour une durée de cinq ans, soit du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2028 au plus tard.

Cette durée, équivalente à la durée maximale de cinq ans prévue par le code de la sécurité sociale, a pour objet de permettre une consolidation des relations entre la branche et les organismes recommandés et une optimisation dans le temps des effets de la mutualisation du régime de prévoyance.

Six mois au moins avant l'échéance susvisée, les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Titre VI Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Article

En vigueur étendu

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Les entreprises visées à l'article 2 devront respecter les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité définies ci-après.

Tous les salariés couverts au titre du présent accord bénéficient de l'ensemble de ces mesures dans les conditions visées ci-après.

Article 14

En vigueur étendu

Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Article 14.1

En vigueur étendu

Montant du financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Il est convenu que 2 % des cotisations acquittées sont affectés au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Article 14.2

En vigueur étendu

Actions prioritaires de la branche

Compte tenu des spécificités particulières de la branche des prestataires de services, les signataires ont convenu que les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité seront prioritairement affectées à la mise en œuvre de prestations à caractère non directement contributif et seront précisées par voie d'accord collectif de branche.

Il est également convenu que la mise en œuvre des mécanismes de solidarité au titre du présent avenant pourra viser la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au b du 2° de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Sont ainsi concernés les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

En outre, une attention particulière sera portée, au titre de l'action sociale, sur l'aide à l'acquisition de prothèses auditives pour des salariés en situation de précarité particulièrement notable.

L'assureur recommandé formalisera une information complète, chaque année, de la commission paritaire visée au titre VII du présent accord, sur la mise en œuvre de ces actions prioritaires de la branche en matière de solidarité.

Titre VII Commission paritaire nationale

Article 15

En vigueur étendu

Commission paritaire nationale de santé

Au titre du suivi de l'application du présent accord, il est rappelé l'existence d'une commission paritaire nationale de santé.

Celle-ci est composée d'un représentant de chacune des organisations syndicales de salariés et signataires du présent accord et d'un nombre égal de représentants des organisations d'employeurs.

Son rôle est de suivre l'application et l'évolution du présent accord et du régime conventionnel de frais de santé.

Au titre de ses différentes missions, il s'agira notamment de :

– piloter paritairement, à l'aide des assureurs recommandés, le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte dans le temps des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation.

Ce suivi s'effectuera selon un principe de pilotage à l'équilibre de chacun des périmètres du risque.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par voie de protocole ;

– faire évoluer à la hausse ou à la baisse les garanties et/ ou les tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;

– mettre en place, à l'aide des assureurs recommandés, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord, en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation.

Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables.

Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.

Il est convenu que cette commission se réunira, dans la mesure du possible, sur un rythme équivalent à celui de la commission paritaire nationale de prévoyance, soit à raison d'une réunion tous les 2 mois, au moins deux fois par an.

Les réunions de ces deux commissions seront, autant que possible, réunies sur une même journée ou demi-journée le cas échéant.

Chaque délégation peut se faire assister par un conseiller technique.

Titre VIII Date d'effet, durée, révision, dénonciation, dépôt

En vigueur étendu

Article 16 (1)

Date d'effet, durée et dépôt

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et des termes de l'article 12 susvisé, le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet à compter du 1er janvier 2016.

Conformément à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur du présent accord est indépendante de sa date d'extension, dont il est toutefois précisé que les parties la demanderont auprès du ministère compétent à l'expiration du délai légal d'opposition.

Le protocole technique annexé au présent accord et indivisible de ce dernier prend effet dans les mêmes conditions.

Il est ainsi convenu que le présent accord sera déposé par la partie la plus diligente, conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Il sera communiqué, avec cette demande d'extension, l'ensemble des documents requis par le code de la sécurité sociale, compte tenu de la clause de désignation visée à l'article 12 du présent accord.

(1) Article étendu sous réserve de l'application combinée des dispositions des articles L. 2261-7 et L. 2232-16 du code du travail tels qu'interprétés par la jurisprudence de la Cour de cassation (Cass. soc. 26/03/2002).

(Arrêté du 24 décembre 2015 - art. 1)

Article 17

En vigueur étendu

Révision et dénonciation de l'accord

Il pourra faire l'objet d'une révision, conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve qu'une demande motivée soit transmise à chacune des parties signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées par les articles L. 2261-10 et suivants du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans le mois de la signification de la dénonciation.

Le protocole technique annexé au présent accord et indivisible de ce dernier pourra être révisé et dénoncé dans les mêmes conditions.

Annexes

Annexe IV - Protocole technique et financier

En vigueur étendu

Article

Entre :

Les organisations patronales signataires de l'accord de prévoyance de la convention collective nationale des prestataires de services du secteur tertiaire suivantes :

L'ANCR ;

La FIGEC ;

Les SIST ;

Le SYNAPHE ;

Le SP2C ;

Le SNPA ;

Le SORAP ;

La CNET ;

L'AAEC,

dénommées ensemble « les organisations patronales »,

et

Les organisations syndicales signataires de l'accord de prévoyance de la convention collective nationale des prestataires de services du secteur tertiaire suivantes :

La F3C CFDT ;

La FNECS CFE-CGC ;

La CSFV CFTC ;

La FSE CGT ;

La FEC FO,

dénommées ensemble « les organisations syndicales » et collectivement avec les organisations patronales, « les partenaires sociaux »,

et

B2V Prévoyance,

dénommé « l'assureur ».

Chapitre Ier

Objet

Le présent protocole a pour but de fixer les modalités de présentation des comptes de résultats techniques annuels à la commission paritaire nationale de la branche prestataire de services.

Il a aussi pour objet de fixer des règles et les paramètres techniques et financiers utilisés pour l'établissement des comptes de résultats remis.

Tous les comptes de résultats seront établis pour les prestations enregistrées à compter de la date de prise d'effet du régime de frais de santé.

Ces comptes seront présentés par exercice comptable/exercice de survenance.

Ce protocole entre en vigueur à la date d'effet du 1er janvier 2016 et cesse de produire ses effets à la date de dénonciation de l'accord de branche.

Le cas échéant, les dispositions décrites dans le présent protocole, notamment fiscales, évolueront conformément à la législation qui leur est applicable.

Chapitre II

Modalités d'établissement des comptes de résultats

Article 1er

Présentation des comptes de résultats « comptables »

Pour les première et deuxième années, il est établi un compte de résultats semestriel correspondant à l'ensemble des flux comptabilisés, arrêté au 30 juin de l'exercice N et présenté au plus tard le 30 septembre.

Il est établi un compte annuel du dernier exercice arrêté au 31 décembre de l'exercice N, qui sera communiqué à la commission paritaire au plus tard le 30 avril de l'exercice N + 1.

Les comptes de résultats seront établis selon les dispositions suivantes :

Les résultats de l'ensemble des régimes vont alimenter le cas échéant la réserve générale.

Article 1.1

Présentation des comptes de résultats

Ces comptes de résultats sont présentés au titre de l'exercice N et comprennent les éléments suivants :

Au crédit :

– les cotisations brutes afférentes à l'exercice, encaissées pendant l'exercice N et encaissées ou à encaisser en N + 1, y compris les cotisations, éventuellement non appelées, qui seraient prélevées sur la réserve générale ;

– la régulation au titre des cotisations antérieures à l'exercice N encaissées en N ;

– les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice N – 1.

Au débit :

– le financement des frais de solidarité ;

-
- les taxes en vigueur ;
 - les frais de chargement ;
 - les prestations payées dans l'exercice N ;
 - les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice N.

Détermination du solde de l'exercice N (au débit ou au crédit) :

Le solde, avant report de perte éventuelle, est constitué de la différence entre la somme des crédits et la somme des débits.

De ce solde, sont ensuite le cas échéant déduits :

- le report de perte non amortie de l'exercice N - 1 ;
- les intérêts débiteurs sur le report de perte ;
- le coût d'immobilisation de la marge de solvabilité réglementaire devant être constituée en santé, fixé à 2 % des cotisations afférentes aux garanties santé affectée à l'exercice.

Article 1.2

Composition du compte de résultats

Article 1.2.1

Cotisations brutes de l'exercice

Il s'agit des cotisations commerciales (y compris les frais de chargement et les taxes en vigueur) afférentes à l'exercice N, détaillées suivant qu'elles ont été encaissées pendant l'année N ou pendant l'année N + 1.

Article 1.2.2

Taxes en vigueur

Il s'agit des taxes dues au titre de la couverture maladie universelle (TSA) et de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) de l'exercice N, en vigueur à la date d'établissement des comptes à compter du 1er janvier 2016, ces taxes seront fusionnées pour former la TSCA modifiée.

Article 1.2.3

Frais de chargement

Il s'agit des frais de chargement contractuels appliqués sur les cotisations nettes de taxes de l'exercice N. Le niveau des frais de chargement est fixé à l'article 5.

Article 1.2.4

Financement des frais de solidarité

Il s'agit des frais prélevés pour le fonctionnement du fonds de solidarité, dont les modalités sont fixées à l'article 3.

Article 1.2.5

Prestations payées de l'exercice

Il s'agit de l'ensemble des prestations réglées au cours de l'exercice N.

Article 1.2.6

PPAP (provisions pour prestations à payer)

Ces provisions permettent de prendre en compte les déclarations tardives (non connues au jour de l'établissement de clôture de l'exercice N), et qui seront réglées lors des exercices comptables futurs.

Les PPAP au 31 décembre de l'exercice N inscrites au débit du compte sont reprises au crédit de l'exercice N + 1.

Le montant à provisionner est estimé à partir des cadences de règlements observées ou éventuellement sur la base du rapport prestations sur cotisations nettes par exercice de survenance.

Article 1.2.7

Report de perte non amortie N - 1

Il s'agit le cas échéant du solde débiteur du compte de résultats N - 1 non amorti par la réserve générale.

Article 1.2.8

Intérêts débiteurs

Les intérêts débiteurs sont calculés sur la base de 100 % du taux de rendement moyen des actifs de l'assureur appliquée sur la perte non amortie au 1er janvier de l'exercice N.

Article 1.2.9

Solde au 31 décembre N

90 % du solde créditeur sont dotés à la réserve générale.

Le solde débiteur est prélevé dans la réserve générale, dans la limite de son montant.

Le solde débiteur excédant le montant de la réserve générale est reporté dans les comptes N + 1.

Article 2

Présentation et composition de la réserve générale

Article 2.1

Présentation de la réserve générale

La réserve générale est présentée au titre de l'exercice N et comprend les éléments suivants :

Au crédit :

- le solde au 1er janvier N ;
- les produits financiers ;
- l'alimentation de l'exercice.

Au débit :

- les prélèvements de l'exercice.

Article 2.2

Composition de la réserve générale

Article 2.2.1

Solde au 1er janvier N

Il s'agit du report de solde au 31 décembre de l'exercice N - 1.

Article 2.2.2

Produits financiers

Les produits financiers sont calculés sur la base de 90 % du taux de rendement moyen des actifs de l'année N de l'organisme assureur appliqué sur 66 % du solde au 1er janvier de la réserve générale.

Article 2.2.3

Alimentation

En cas de solde créditeur du compte de résultats de l'exercice N, l'alimentation est égale à 90 % de ce solde.

Article 2.2.4

Prélèvements

En cas de solde débiteur du compte de résultats de l'exercice N, ce solde est compensé par un prélèvement sur la réserve générale.

En cas d'insuffisance de la réserve générale, la part du solde débiteur du compte de résultats N non amortie par la réserve générale est reportée au débit du compte de résultats de l'exercice N + 1.

Article 2.2.5

Solde au 31 décembre N

Le solde créditeur est reporté au crédit de la réserve générale de l'exercice N + 1.

Article 2.3

Sort de la réserve générale en cas de dépassement

Si le montant de la réserve générale dépasse 50 % des cotisations brutes de l'exercice, la commission paritaire et l'organisme assureur conviennent de s'accorder sur l'utilisation de la réserve générale, qui pourrait prendre la forme de l'application d'un taux d'appel ou d'une amélioration de garanties applicable au 1er janvier suivant la présentation des comptes.

Article 3

Présentation et composition du fonds de solidarité

Article 3.1

Fonctionnement du fonds de solidarité

Article 3.1.1

Objet

Il est mis en place un fonds de solidarité dédié aux bénéficiaires des contrats souscrits dans le périmètre de l'accord de branche. Son objet et les actions engagées seront harmonisés et définis en concertation avec la branche.

Les montants alloués, au titre de l'intervention du fonds de solidarité, se font dans la limite du fonds.

Article 3.1.2

Bénéficiaires

Le fonds de solidarité est ouvert à l'ensemble des bénéficiaires couverts au titre de contrats d'assurance souscrits dans le cadre de l'accord de branche.

Article 3.2

Présentation du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est présenté au titre de l'exercice N et comprend les éléments suivants :

Au crédit :

- le solde au 1er janvier N ;
- les produits financiers ;
- l'alimentation de l'exercice.

Au débit :

– les montants alloués au titre de l'intervention du fonds de solidarité au cours de l'exercice.

Article 3.3

Composition du fonds de solidarité

Article 3.3.1

Solde au 1er janvier N

Il s'agit du report de solde au 31 décembre de l'exercice N – 1.

Article 3.3.2

Produits financiers

Les produits financiers sont calculés sur la base de 90 % du taux de rendement moyen des actifs de l'année N de l'organisme assureur appliqué sur 66 % du solde au 1er janvier du fonds de solidarité.

Article 3.3.3

Alimentation

Le fonds de solidarité est crédité de 2 % des cotisations concernées nettes de taxes et de chargements.

Article 3.3.4

Prélèvements

Les dépenses liées à l'état de santé et dans les limites du fonds.

Article 3.3.5

Solde au 31 décembre N

Le solde est reporté au crédit du fonds de solidarité de l'exercice N + 1.

Article 4

Présentation des comptes de résultats techniques

Le compte de résultats pour chacun des régimes est également établi selon une présentation par exercice comptable, avec un arrêté au 31 mars de l'exercice N + 1 pour les cotisations et un arrêté au 31 décembre de l'exercice N pour les prestations et provisions.

Il comprend, au titre de chaque exercice N, N – 1, N – 2..., les éléments suivants :

Article 4.1

Cotisations (A)

Les cotisations relatives à l'exercice nettes de taxes et de chargements.

Article 4.2

Charge des prestations (B)

Le montant des sommes payées au titre des prestations ayant pour origine l'exercice N.

Les variations de provisions pour prestations à payer de l'exercice N.

Article 4.3

Charge des prestations sur les cotisations nettes (= rapport B/ A)

Les comptes de résultats sont présentés au global et par régime.

Article 5

Taux de prélèvement de gestion

Le taux de chargement est fixé à 9 % des cotisations nettes de taxes et de chargements pour les régimes obligatoires.

Le taux de chargement est fixé à 9 % des cotisations nettes de taxes et de chargements pour les régimes facultatifs.

Article 6

Reporting

Éléments portant sur la population couverte

L'organisme assureur établira un état annuel de la population couverte par catégorie.

Éléments annuels des prestations

L'organisme assureur établit un état de suivi technique détaillé des prestations versées par exercice et par type de catégorie de cotisation.

L'ensemble des éléments communiqués permettra de dégager des ratios significatifs (coût moyen par acte/ par personne, comportement de consommation...).

Analyses complémentaires

L'organisme assureur participant à la mutualisation des risques réalisera des analyses et communiquera ces études à la commission paritaire portant notamment sur la simulation de l'impact de l'aménagement de garantie et/ ou des modifications

des modalités de remboursement de la sécurité sociale.

Article 7

Cessation des comptes

En cas de modification significative du champ d'application des contrats, l'organisme assureur se réserve la possibilité de réviser les conditions des présents comptes.

En cas de résiliation de la totalité des contrats, la réserve qui resterait disponible à la date de la résiliation et après apurement de tous les déficits serait transférée au nouvel assureur.

(1) Protocole exclu de l'extension en tant qu'il contrevient aux dispositions des articles L. 2221-1 et suivants du code du travail.

(Arrêté du 24 décembre 2015 - art. 1)

Article

En vigueur non étendu

1. Objet

Le présent protocole a pour but de fixer les modalités de présentation des comptes de résultat techniques annuels à la commission paritaire nationale de la convention collective nationale de la branche des prestataires de services du secteur tertiaire pour le régime frais de santé.

Il a aussi pour objet de fixer les règles et les paramètres techniques et financiers utilisés pour l'établissement des comptes de résultat.

Ces comptes seront présentés par :

- exercices comptables ;
- exercices de survenance.

Sont également présentés les éléments statistiques qui seront remis à la branche avec les comptes.

Une coassurance est mise en place dans le régime, Malakoff Médéric Prévoyance est nommé organisme apériteur pour l'ensemble des organismes assureurs jusqu'au 31 décembre 2021.

La consolidation des comptes de résultat sera assurée par l'apériteur.

Il n'y a pas de solidarité entre les organismes assureurs recommandés : la responsabilité de chacun d'eux étant limitée à la quote-part de risque qui lui incombe, en cas de défaillance de l'un, l'autre ne saurait être appelé pour combler ce manquement.

Afin de permettre à l'apériteur d'élaborer les comptes, les statistiques et les tableaux de bord à destination de la commission de suivi de la branche, les organismes assureurs s'engagent à adresser à l'apériteur, par l'intermédiaire du support sécurisé dédié à cet effet, l'ensemble des éléments nécessaires à la réalisation des reportings mentionnés aux articles 7 et 8.

Le format des fichiers ainsi que la spécificité des informations et la fréquence des mises à disposition seront arrêtés entre les coassureurs, en concertation avec le conseil de la branche.

Chaque année, les comptes de résultat consolidés seront validés par l'actuaire conseil mandaté et rémunéré par la branche sur la base des comptes de résultat de chaque organisme assureur et des données de pilotage fournies par les gestionnaires.

2. Périmètre de consolidation

Le périmètre de consolidation est l'ensemble des entreprises ayant souscrit aux conditions tarifaires et garanties prévues dans l'accord de branche dans le cadre de la recommandation.

3. Comptes comptables santé

Pour chaque année N, le compte sera construit sur les données arrêtées au 28 février N + 1. La méthode d'établissement de ce compte est décrite dans ce chapitre.

Les organismes recommandés s'engagent à transmettre à l'apériteur les comptes de résultat du périmètre les concernant au plus tard le 20 avril N + 1 pour la consolidation des comptes.

Les comptes consolidés par l'apériteur seront transmis au conseil le 31 mai N + 1, puis à la branche le 15 juin N + 1.

3.1. Établissement des comptes de résultat santé et calcul du solde

L'ensemble des assiettes de chargements est précisé au paragraphe 3.2.3.2.

Quatre comptes de résultat seront établis :

- périmètre 1 : base 1, base 2 et base 3 obligatoires salarié (au choix de l'entreprise) ;
- périmètre 2 : base 2 et base 3 facultatives salarié (au choix du salarié) ;
- périmètre 3 : base 1, base 2 et base 3 facultatives ayant droit (au choix du salarié) ;
- périmètre global actifs : somme des périmètres 1,2 et 3 ;
- périmètre 4 : compte de l'ensemble du périmètre loi Évin.

Ces comptes s'établissent comme suit :

Au crédit :

- les cotisations émises (cotisations encaissées au titre de l'exercice N + régularisations + cotisations à recevoir au titre de l'exercice N - cotisations à recevoir au titre de l'exercice N - 1), en détaillant le montant des cotisations financées par le fonds de solidarité ;
- les provisions constituées au 31 décembre de l'exercice N - 1 au titre des sinistres à payer.

Au débit :

- les prestations payées au cours de l'exercice N excluant la portabilité ;
- les prestations payées au titre de la portabilité au cours de l'exercice N ;
- les provisions constituées au 31 décembre de l'exercice N au titre des sinistres à payer ;
- les chargements du contrat ;
- les honoraires du cabinet de conseil (répartition au prorata des cotisations hors taxes entre les assureurs) ;
- la contribution au forfait médecin traitant ;

-
- la prime de risque (telle que déterminée au paragraphe 3.2.3.2) ;
 - la dotation au fonds de solidarité (telle que déterminée au paragraphe 3.2.3.3).

Le solde du compte de résultat Santé est la différence entre l'ensemble des éléments au crédit et l'ensemble des éléments au débit de ce compte.

3.2. Affectation du solde santé du périmètre global actifs définition et fonctionnement des réserves

Le périmètre global actifs bénéficiera d'un compte de participation aux résultats, alimenté comme suit :

3.2.1. Affectation du solde santé du périmètre global actifs

Si le solde santé du périmètre global actifs est créditeur :

- 90 % sont affectés à la réserve générale santé ;
- 10 % sont conservés par les coassureurs.

Si le solde Santé du périmètre global actifs est débiteur :

- 100 % de son montant est apuré par les intérêts financiers générés par la réserve générale santé, puis par la réserve générale santé, existante au 31 décembre de l'exercice précédent dans la limite de son montant ;
- le reliquat non apuré est reporté sur le solde santé du périmètre global actifs de l'exercice suivant.

3.2.2. Réserve générale santé

Compte tenu des principes d'affectation décrits précédemment, la réserve générale santé s'établit comme suit :

Somme des éléments suivants :

- le montant de la réserve générale santé au 31 décembre N - 1 (y compris le montant constitué antérieurement au 1er janvier 2019) ;
- les intérêts financiers (1) (diminués du portage de l'impôt sur les sociétés et de l'éventuel apurement du solde santé du périmètre global actifs débiteur) sur le solde créditeur de la réserve générale santé au 31 décembre N - 1 ;
- les dotations encaissées au cours de l'exercice N.

Sous déduction :

- des prélèvements de l'exercice N au titre de l'apurement du solde santé du périmètre global actifs débiteur.

3.2.3. Détermination des éléments techniques

3.2.3.1. Principe technique et modalités de calcul des provisions

Provisions pour sinistres à payer (PSAP)

Elles correspondent aux prestations pour des sinistres dont l'assureur a connaissance à la date d'arrêté des comptes, dont le paiement à l'assuré a été effectué ou reste à effectuer après le 31 décembre (ainsi que les PSI telles que définies au paragraphe précédent).

PSAP Réelles :

Ce sont les prestations payées en N + 1 pour une périodicité antérieure à N + 1 (N étant l'année de résultats).

PSAP Estimées :

Elles correspondent à la charge des sinistres survenus à la date d'arrêté des comptes, mais dont l'assureur n'a pas encore connaissance, principalement en raison de leur déclaration tardive.

La provision pour sinistres inconnus est intégrée dans la provision pour sinistres à payer pour le risque santé.

La méthode chain ladder est utilisée pour le calcul des PSAP et sera basée sur les historiques des portefeuilles des coassureurs pendant la phase de montée en charge du régime, puis sur l'historique de la branche.

3.2.3.2. Chargements appliqués au contrat et assiettes

Chargements du contrat :

Ces chargements s'élèvent à 11 %. Ils s'appliquent sur les cotisations contractuelles hors taxes.

Prime de risque :

Cette prime s'élève à 1 %. Elle s'applique uniquement sur les cotisations contractuelles hors taxes du périmètre global actifs.

Honoraires du cabinet conseil :

Les honoraires du cabinet conseil dont le montant est fixé par les partenaires sociaux après information des assureurs (sur justificatifs).

3.2.3.3. Montant de la dotation au fonds de solidarité et assiette

La dotation au fonds de solidarité est égale à 2 % des cotisations hors taxes acquittées au cours de l'exercice N au titre du périmètre 1 (base 1, base 2 et base 3 obligatoires salarié, au choix de l'entreprise).

3.2.4. Intérêts financiers

Les intérêts financiers créditeurs sont calculés sur la base de 90 % du taux d'intérêt décrit ci-dessous.

Les intérêts financiers débiteurs sont calculés sur la base de 100 % de ce taux d'intérêt.

Le taux d'intérêt est la moyenne pondérée par les quotes-parts assurées des taux de rendements respectifs de l'exercice des actifs généraux des coassureurs.

4. Fonds de solidarité

Un fonds de solidarité est constitué afin d'assurer le financement des prestations présentant un degré élevé de solidarité telles que prévues à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Ce compte s'établit comme suit :

Au crédit :

- la dotation au fonds de solidarité, (telle que déterminée au paragraphe 3.2.3.3) ;
- le solde créditeur de l'exercice N - 1 ;
- les intérêts financiers (2) sur le solde créditeur du fonds de solidarité au 31 décembre N - 1.

Au débit :

- les prestations payées présentant un degré élevé de solidarité, telles que prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, selon les axes définis par la commission paritaire de surveillance de la branche ;
- le report de perte de l'exercice N - 1, majoré des intérêts financiers débiteurs.

Un état de la situation du fonds de solidarité de la branche au 31 décembre de l'exercice est fourni au sein du rapport technique et financier.

En cas de solde débiteur, la commission paritaire de surveillance de la branche et les organismes assureurs co-recommandés détermineront les modalités d'apurement de ce débit pour l'exercice suivant.

Les orientations des actions de prévention, les règles de fonctionnement ainsi que les modalités d'attribution des prestations présentant un degré élevé de solidarité sont déterminées par le comité paritaire de surveillance en accord avec les organismes assureurs.

Il est rappelé que la branche des prestataires de services dispose d'un accord, conclu le 19 avril 2016, relatif au degré élevé de solidarité qui concerne son régime de prévoyance et son régime de frais de santé.

5. Indivisibilité de la réserve générale

La réserve générale et le fonds de solidarité constituent chacun un tout indivisible vis-à-vis des entreprises, résultat de la solidarité mise en place, par l'intermédiaire de l'accord collectif constitutif du régime mutualisé, au sein du contrat sur le périmètre de consolidation.

L'entreprise qui souscrit au contrat entrant dans le périmètre global actifs de consolidation défini à l'article 3.1.1 peut bénéficier des avantages de la solidarité existante, dans les conditions fixées contractuellement, sans avoir nécessairement participé à la constitution de la réserve générale et du fonds de solidarité.

En conséquence de ce qui précède, l'entreprise quittant le contrat ne peut pas prétendre à la mise à disposition d'une partie de la réserve générale et du fonds de solidarité.

6. Résiliation du régime ou fin de recommandation

On entend par recommandation la recommandation définie à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

On appelle résiliation anticipée une résiliation de la recommandation avant son terme fixé dans la procédure d'appel d'offres.

Une nouvelle recommandation est une recommandation effectuée par la branche selon les modalités de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (ou d'une nouvelle forme de mutualisation qui remplacerait par décision législative ou réglementaire la recommandation légale en vigueur), en continuité de la recommandation précédente arrivée à son terme ou résiliée de manière anticipée.

Au terme de la recommandation ou en cas de résiliation anticipée, le compte de résultat continue de produire ses effets pendant l'exercice N suivant la date d'effet de la résiliation ou du terme de la recommandation.

Au plus tard à la fin du mois de juin suivant la clôture du dernier exercice, les soldes de la réserve générale, et du fonds de solidarité sont arrêtés et apurés des éventuels déficits.

En cas de solde créditeur de la réserve générale et de solde débiteur du fonds de solidarité, ce dernier sera apuré en priorité par la réserve générale.

Chacun des soldes de la réserve générale et du fonds de solidarité ainsi obtenu est alors réparti entre les coassureurs au prorata de leur quote-part de cotisations gérées (quote-part établie à partir du chiffre d'affaires total mutualisé pour la réserve générale et le fonds de solidarité).

À défaut de nouvelle recommandation dans la branche, les soldes de la réserve générale et du fonds de solidarité sont conservés par les organismes assureurs recommandés au prorata de leur quote-part de risques.

En cas de nouvelle recommandation, le sort des réserves est alors décliné selon les différents cas ci-dessous :

6.1. Sort des réserves au terme de la recommandation

Au terme de la période de la recommandation, pour chaque organisme assureur et chacun des soldes de la réserve générale et du fonds de solidarité, le montant correspondant sera transféré intégralement, uniquement en cas de nouvelle recommandation d'organisme (s) par la branche au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale (ou d'une nouvelle forme de mutualisation qui remplacerait par décision législative ou réglementaire la recommandation légale en vigueur) et uniquement au bénéfice de ce(s) dernier(s).

6.2. Sort des réserves en cas de résiliation avant le terme de la recommandation

6.2.1. Résiliation à l'initiative des partenaires sociaux

6.2.1.1. En cas de manquement aux dispositions du protocole

En cas de résiliation du protocole avant le terme de la recommandation à l'initiative des partenaires sociaux et motivée par un manquement d'un ou plusieurs organismes assureurs à l'une des dispositions du présent protocole :

- si l'organisme assureur est reconduit par les partenaires sociaux, il transfère sa part de solde créditeur ou son report de perte dans le cadre de la continuité du régime ;
- si l'organisme assureur visé par le manquement n'est pas reconduit par les partenaires sociaux, il conserve son report de perte ou transfère sa part de solde créditeur dans le cadre de la continuité du régime.

6.2.1.2. Hors cas de manquement aux dispositions du protocole

En cas de résiliation du protocole avant le terme de la période de recommandation à l'initiative des partenaires sociaux et hors cas de manquement de l'un des assureurs à l'une des dispositions du présent protocole :

- si l'organisme assureur est reconduit par les partenaires sociaux, il transfère sa part de solde créditeur ou son report de perte dans le cadre de la continuité du régime ;
- si l'organisme assureur n'est pas reconduit par les partenaires sociaux, il conserve sa part de solde créditeur ou transfère son report de perte dans le cadre de la continuité du régime.

6.2.2. Résiliation à l'initiative d'un ou plusieurs organismes assureurs

En cas de résiliation à l'initiative d'un ou plusieurs organismes assureurs avant le terme de la période de recommandation, l'organisme assureur conserve son report de perte ou transfère sa part de solde créditeur dans le cadre de la continuité du régime.

7. Comptes par survenance

Pour chaque année, les comptes par survenance seront arrêtés au plus tard au 28 février N + 1.

Ces comptes sont établis de la façon suivante :

- périmètre 1 : comptes bases obligatoires salarié (au choix de l'entreprise)
 - base 1 salarié ;
 - base 2 salarié ;
 - base 3 salarié ;
 - somme des base 1, base 2 et base 3 salarié ;
- périmètre 2 : comptes options facultatives salarié (au choix du salarié) ;
 - base 2 salarié en complément (hors base 1 obligatoire) ;
 - base 3 salarié en complément (hors base 1 obligatoire ou base 2 obligatoire) ;
 - somme des bases 2 et base 3 salarié facultatif en complément ;
- périmètre 3 : comptes bases et options facultatives ayant droit (au choix du salarié) ;
 - base 1 ayant droit ;
 - base 2 ayant droit ;
 - base 3 ayant droit ;
 - somme des base 1, base 2 et base 3 ayant droit ;
 - base 2 ayant droit en complément (hors base 1 ayant droit) ;
 - base 3 ayant droit en complément (hors base 1 ou base 2 ayant droit) ;
- périmètre global actifs : somme des périmètres 1, 2 et 3
- périmètre 4 : compte de l'ensemble des lois Évin.

Les comptes par survenance et les estimatifs seront établis selon les modalités suivantes :

- a) Les cotisations hors taxe brutes de chargements, pour chaque exercice de survenance ;
- b) Les chargements appliqués au contrat et les cotisations au titre du degré de solidarité (pour les structures de cotisations concernées) ;
- c) Les cotisations hors taxes et nettes de chargements (différence entre a et b) ;
- d) Les prestations versées par exercice de survenance et ventilées par exercice comptable excluant la portabilité ;
- e) Les prestations versées au titre de la portabilité par exercice de survenance ;
- f) La somme des prestations versées par exercice de survenance ;

-> Les cotisations effectuées par l'assuré

h) La contribution au forfait médecin traitant ;

i) Total charge de sinistre : la somme des prestations versées par exercice de survenance, des provisions et du forfait médecin traitant (somme de f, g, et h) ;

j) Le solde par survenance qui est la différence entre les cotisations hors taxes et nettes de chargements et le total charge de sinistre (différence entre c et i) ;

k) Le rapport de sinistre à prime qui est la division entre le total charge de sinistre et les cotisations hors taxes et nettes de chargements (rapport de i et c).

8. Éléments statistiques

Pour chaque exercice, les organismes assureurs s'engagent à livrer à la même date que les comptes, les éléments statistiques suivants, pour les parties obligatoires et facultatives :

8.1. Éléments statistiques sur les entreprises

Les éléments suivants seront présentés annuellement :

- nombre d'entreprises adhérentes pour l'exercice N et son évolution depuis la mise en place du régime ;
- répartition par taille d'entreprises pour l'exercice N ;
- répartition par zone géographique pour l'exercice N ;
- répartition par niveau de garantie.

8.2. Éléments statistiques sur les assurés

Les éléments suivants seront présentés annuellement :

- nombre de salariés affiliés pour l'exercice N et son évolution depuis la mise en place du régime ;
- nombre de salariés par niveau de garantie souscrite ;
- nombre d'ayants droit par type d'ayant droit pour l'exercice N et son évolution depuis la mise en place du régime ;
- répartition par âge pour l'exercice N des salariés et des ayants droit ;
- répartition par sexe et CSP pour l'exercice N des salariés.

8.3. Éléments statistiques sur la consommation

Les éléments suivants seront présentés annuellement :

- répartition de la consommation par familles d'actes ;
- répartition de la consommation par niveau de garantie souscrite et par types de bénéficiaires ;
- répartition des frais réels, remboursements complémentaires, nombre d'actes, restes à charges et taux de couverture par familles d'actes.

Un ligne-à-ligne des prestations et des effectifs pourra être transmis au conseil sur demande en même temps que les comptes annuels et prévisionnels.

9. Comptes prévisionnels

Les comptes par survenance prévisionnels sont établis selon les mêmes modalités que les comptes par survenance définis à l'article 7.

Les comptes prévisionnels de l'année en cours seront arrêtés au 31 juillet.

Les organismes recommandés s'engagent à transmettre à l'apériteur les comptes prévisionnels du périmètre les concernant au plus tard le 10 septembre pour la consolidation des comptes.

Les comptes consolidés par l'apériteur seront transmis au conseil le 25 septembre, puis à la branche la première semaine d'octobre.

10. Date d'effet et de fin, révision, durée du protocole et résiliation

10.1. Date d'effet et de fin, révision et durée du protocole

Ce protocole entre en vigueur au 1er janvier 2019.

Il expire au 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de l'année suivant son expiration.

Les dispositions du présent protocole sont valables en l'état actuel de la législation et de la réglementation. En cas d'évolution de ces dernières, les parties conviennent de se concerter sur les impacts pouvant affecter l'équilibre économique du régime afin de le préserver.

En outre, les parties visent à préserver l'équilibre technique du régime. En fonction des résultats enregistrés, elles procéderont au pilotage du contrat, et pourront modifier les stipulations du présent protocole pour atteindre cet objectif.

En conséquence de ce qui précède, une révision du présent protocole à l'initiative de la partie la plus diligente pourra être notifiée par voie écrite à l'autre partie. Les modifications apportées prendront effet après accord des parties, matérialisé par un avenant de révision.

La résiliation du présent protocole ne met pas fin aux contrats d'assurance souscrits par les entreprises de la branche mais aura pour conséquence d'exclure les entreprises du périmètre de mutualisation de la branche défini à l'article 2.

10.2.1. Résiliation en cas de manquement d'une des parties

À défaut du respect de l'une des clauses du présent protocole, le ou les organismes assureurs pourront faire part de leur décision commune de le résilier, sous réserve de la notification par lettre recommandée avec accusé de réception à chacune des parties au présent protocole.

La résiliation sera effective au plus tôt 3 mois après envoi de la lettre.

En l'absence de consensus de l'ensemble des organismes assureurs, ce droit de résiliation est ouvert à chacun des organismes assureurs. Le protocole continuera de produire ses effets à l'égard des parties subsistantes qui y resteront tenues.

S'appliqueront alors les modalités définies à l'article 6 pour le ou les organismes assureurs ayant notifié leur résiliation.

10.2.2. Résiliation hors cas de manquement

Pour quelque motif que ce soit, les partenaires sociaux et l'ensemble des organismes assureurs ont la possibilité de résilier le présent protocole au plus tard le 30 septembre de chaque année, pour une résiliation effective au 31 décembre de l'année.

La décision de résiliation sera notifiée à chacune des parties au présent protocole par lettre recommandée avec avis de réception.

S'appliquent alors les modalités définies à l'article 6.

Dans l'hypothèse où l'un des organismes assureurs dénoncerait individuellement son acceptation de la recommandation le concernant, dans les mêmes conditions de forme et de délais susvisés, il bénéficiera de la résiliation de plein droit du présent protocole.

Les organismes assureurs subsistants, ainsi que les partenaires sociaux s'engagent à conclure un nouveau protocole technique et financier prenant effet le 1er janvier de l'année suivant la résiliation de(s) l'organisme(s) assureur(s) partant(s).

(1) (2) Depuis le 1er janvier 2012, les mutuelles et unions régies par le code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale sont assujetties à l'impôt sur les sociétés ainsi qu'aux contributions additionnelles à cet impôt. Ce montant s'élève à 34,43 % au titre de l'année 2017, et est susceptible d'évoluer en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale.

Annexes I, II et III - Tableaux de garanties

En vigueur étendu

Article

Annexes

Annexe I

Tableau des garanties du minimum conventionnel obligatoire base 1

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.journal-officiel.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)

https://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2019/0041/boc_20190041_0000_0014.pdf 

Annexe II

Tableau des garanties base 2

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.journal-officiel.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)

https://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2019/0041/boc_20190041_0000_0014.pdf 

Annexe III

Tableau des garanties base 3

(Tableau non reproduit, consultable en ligne sur le site www.journal-officiel.gouv.fr, rubrique BO Convention collective.)

https://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/bocc/pdf/2019/0041/boc_20190041_0000_0014.pdf 