AVENANT N°3
A L'ACCORD COLLECTIF DU 6 OCTOBRE 2010
RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UN REGIME PROFESSIONNEL
DE FRAIS DE SANTE DANS LA BRANCHE DES HOTELS, CAFES, RESTAURANTS (IDCC 1979),

Préambule

Après avoir rappelé que :

- Par l'accord du 6 octobre 2010, a été créé un régime frais de santé reposant sur le principe de la solidarité professionnelle.
- L'article 2 de cet accord « sur l'assurance et la gestion du régime » avait prévu la désignation de plusieurs co-assureurs.
- En application de la décision DC n° 2013-672 du 13 juin 2013 du Conseil constitutionnel les dispositions de cet article cesseront de produire effet au 1er janvier 2016, date de l'échéance de la clause de révision quinquennale prévue par l'article L.912-1 du code de la Sécurité sociale.
- La décision du Conseil constitutionnel a prévu expressément que l'inconstitutionnalité des clauses de désignation ne met pas fin aux contrats en cours[1]. Dès lors les bulletins d'adhésion des entreprises de la branche souscrits antérieurement restent valables et continueront, dans le cadre du droit commun, à régir leurs relations avec leurs organismes assureurs.
- Les dispositions légales et réglementaires sur les contrats solidaires et responsables (article L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale) ont été modifiés et il convient en conséquence de réviser les garanties conventionnelles, afin qu'elles soient compatibles avec ces nouvelles dispositions et que les avantages fiscaux et sociaux attachés à ce type de contrat soient maintenus ;
- Il résulte de article L.911-7 du code de la Sécurité sociale (généralisation des frais de santé) et de son décret d'application (Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, JO du 10 septembre) que les garanties conventionnelles ne peuvent être inférieures au « panier de soins minimal », dont doivent bénéficier les salariés. Il convient en conséquence d'adapter les garanties du régime conventionnel.
- Afin de prendre en compte les spécificités de la branche où nombre de salariés disposent d'un contrat de travail à durée déterminée notamment les saisonniers, les partenaires sociaux ont entendu prendre certaines mesures favorisant notamment la portabilité.
- Enfin, les partenaires sociaux ont souhaité répondre, autant qu'il est possible, aux attentes que nombre d'entreprises et de salariés ont exprimées, concernant l'amélioration de certains niveaux de prestations et le financement.
- Les dispositions du présent avenant s'entendent sous réserve de dispositions plus favorables pouvant résulter du contrat de garanties collectives souscrit par l'entreprise.

Il a en conséquence été décidé ce qui suit :

[1] Décision n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 – (JORF n°0138 du 16 juin) - Considérant n°14 : « *Considérant que la déclaration d'inconstitutionnalité de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale prend effet à compter de la publication de la présente décision ; qu'elle n'est toutefois pas applicable aux contrats pris sur ce fondement, en cours lors de cette publication, et liant les entreprises à celles qui sont régies par le code des assurances, aux institutions relevant du titre III du code de la sécurité sociale et aux mutuelles relevant du code de la mutualité.* »

ARTICLE 1 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 1 « *OBJET DU REGIME* »

L'article 1 de l'accord du 06/10/2010 est désormais intitulé « OBJET DE L'ACCORD », l'intégralité des dispositions étant supprimées pour être remplacées par les suivantes :

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

Les garanties souscrites par les entreprises en exécution du présent accord devront également prévoir des actions de prévention, comme il est dit ci-après.

Les garanties respectent les dispositions des articles 2 et 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, des articles 1er et 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée et des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.
En cas de modification des dispositions rappelées ci-dessus, un avenant sera établi afin que les garanties prévues à l'article 13 restent conformes à ces dispositions.

Les entreprises doivent respecter l'intégralité des dispositions instaurées par le présent accord. En application des dispositions des articles L. 2253-1 à L 2253-3 du code du travail, il est expressément stipulé qu'aucun système de garanties ne peut avoir pour conséquence de déroger aux dispositions du présent accord de manière moins favorable aux salariés. »

ARTICLE 2 – SUPPRESSION DE L'ARTICLE 2 « *ASSURANCE ET GESTION COLLECTIVE* »

Les dispositions de l'article 2 de l'accord du 06/10/2010 sont supprimées.

ARTICLE 3 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 3 « *CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD* »

L'article 3 devient l'article 2.

A la première ligne, les mots « *Le présent avenant concerne* » sont remplacés par les mots « *Entrent dans le champ d'application du présent accord* ».

ARTICLE 4 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 3 BIS « *EXTENSION DU CHAMP D'APPLICATION* »

Les mots « *Article 3 bis – Extension du champ d'application* » sont *supprimés.*

A la première ligne les mots « les partenaires sociaux conviennent d'inclure » sont supprimés.

Après le mot « *discothèques* » sont ajoutés les mots « *sont comprises* ».

66

SF

ARTICLE 5 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 4 : *« ADHESION DES ENTREPRISES AU REGIME FRAIS DE SANTE CONVENTIONNEL »*

L'article 4 devient l'article 3 et est désormais intitulé *« COUVERTURE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE »*.

L'article 3 est ainsi rédigé :

« Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord sont tenues de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur habilité en vue de procurer aux salariés bénéficiaires définis à l'article 5 les prestations d'assurance définies à l'article 11 ».

ARTICLE 6 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 5 « *SALARIES BENEFICIAIRES DU REGIME* »

L'article 5 devient l'article 4.

L'article 4 est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions des alinéas ci-dessous, bénéficie obligatoirement des garanties l'ensemble du personnel des entreprises relevant du champ d'application défini à l'article 3 du présent accord, et ayant au moins un mois civil entier d'emploi dans une même entreprise.

Les salariés disposent de facultés de dispense d'adhésion, sous réserve d'en faire la demande écrite auprès de l'employeur, accompagnée des pièces justifiant du fait qu'ils sont couverts par ailleurs, lorsque cette condition supplémentaire est requise.

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

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

- *les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée n'excédant pas un mois de date à date,*
- *les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C),*
- *les salariés à temps partiel et apprentis qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10% de la rémunération brute. »*

ARTICLE 7 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 6 « *DATE D'EFFET DES GARANTIES* »

L'article 6 devient l'article 5.

L'article 5 est ainsi rédigé :

« Pour les salariés bénéficiaires tels que définis au premier alinéa de l'article 4, les garanties prennent effet, selon le cas, à :

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

ARTICLE 8 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 7 « *PERIODE DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL* »

L'article 7 devient l'article 6.

L'article 6 est ainsi rédigé :

« Sauf lorsque ces périodes donnent lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale, les garanties du salarié sont suspendues lorsque son contrat de travail est suspendu, notamment à l'occasion :

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

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé, Toutefois, le contrat des garanties collectives souscrit par l'entreprise devra prévoir la faculté pour les salariés en période de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de la garantie, d'obtenir le maintien de la garantie moyennant le paiement intégral de la cotisation prévue pour l'ensemble des salariés.
La notice d'information rédigée par l'assureur devra expressément rappeler cette faculté et ses conditions de mise en œuvre.
Le salarié devra formuler sa demande au plus tard un mois après le début du congé non rémunéré. »

ARTICLE 9 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 8 « *CESSATION DES GARANTIES* »

L'article 8 devient l'article 7.

L'article 7 est ainsi rédigé :

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

- *en cas de cessation du contrat de travail notamment en cas de départ à la retraite (sauf cumul emploi-retraite), de démission, de licenciement ou de rupture conventionnelle, sans préjudice du bénéfice de la portabilité de ses garanties frais de santé en cas de chômage et du maintien à titre individuel de ses garanties dans les conditions énoncées à l'article 8 ;*
- *en cas de décès du salarié,*
- *en cas de dénonciation du présent accord collectif à l'issue de la période de survie de l'accord dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L.2261-9 et suivants du Code du travail, (s'agissant des niveaux de prestations définis au présent accord).*

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

ARTICLE 10 – MODIFICATION DES ARTICLES 9 ET 10

Les articles 9 et 10 deviennent l'article 8, désormais intitulé « MAINTIEN DES GARANTIES ».

L'article 8 est ainsi rédigé :

« Article 8-1 - Portabilité des garanties conventionnelles obligatoires de frais de santé

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

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

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

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

« Article 8-2 – Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Tout salarié cesse de bénéficier obligatoirement des garanties conventionnelles lorsqu'il n'appartient plus au personnel des entreprises entrant dans son champ d'application et qu'il ne bénéficie plus du dispositif prévu à l'article 8-1.

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

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

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

ARTICLE 11 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 11

L'article 11 devient l'article 9 et est désormais intitulé « POSITION DES PARTENAIRES SOCIAUX SUR UNE COUVERTURE DANS LES CAS DE SORTIES DE BRANCHE ».

L'article 9 est ainsi rédigé :

« Les partenaires sociaux souhaitent organiser au niveau de la branche, dans un délai de trois ans, la mise en œuvre de garantie frais de santé complémentaire propre aux salariés en situation de sorties de branche et notamment aux retraités.

La mutualisation de ce régime, au sein du régime des actifs, est d'ores et déjà exclue. »

ARTICLE 12 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 12

L'article 12 devient l'article 10 et est désormais intitulé « NATURE ET MONTANT DES PRESTATIONS DES GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES ».

L'article 10 est ainsi rédigé :

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

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

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base

et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales, y compris lorsqu'elles sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les garanties répondent également :

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

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

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

Le contrat souscrit par l'entreprise devra :

- *Comporter une clause d'exonération de cotisation (part patronale et salariale) concernant les salariés invalides restant dans l'effectif de l'entreprise et ne percevant pas de salaires en contrepartie du maintien des garanties*
- *être conforme « ligne à ligne » avec l'ensemble des garanties prévues dans le présent article. Les améliorations éventuelles des garanties figurant dans le contrat qui sera souscrit par l'entreprise devront donc s'y ajouter et le caractère plus favorable du contrat ne pourra pas être apprécié globalement.*

TABLEAU DES GARANTIES A COMPTER DU 1ER JANVIER 2016 – REGIME GENERAL SS

Nature des garanties	**Montant des remboursements**
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE	
• Frais et honoraires chirurgicaux	
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	Ticket modérateur + 230% BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	Ticket modérateur + 100% BRSS
• Frais de séjour	110% BRSS
• Forfait journalier hospitalier	100% des frais réels sans limitation de durée
• Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100% de la participation forfaitaire
• Chambre particulière	50 € par jour
• Frais de lit d'accompagnant	15 € par jour
MEDECINE COURANTE	
• Consultations, Visites de généralistes et spécialistes	
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	Ticket modérateur + 20% BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	Ticket modérateur
• Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	Ticket modérateur + 20% BRSS
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	Ticket modérateur
• Analyses médicales	Ticket modérateur
• Imagerie médicale, radiologie, échographie	
- Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)	Ticket modérateur
- Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (Hors CAS)	Ticket modérateur
• Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur
• Prothèses remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires & auditives	65% BRSS
• Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	400€ par oreille (maxi 2 par an) + 65%BRSS
• Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS
• Ostéopathie, chiropractie, étiopathie non remboursée par la Sécurité sociale	100 € par an et par bénéficiaire
PHARMACIE remboursée par la Sécurité sociale	Ticket modérateur
DENTAIRE	
• Soins dentaires	Ticket modérateur
• Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS
• Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	240% BRSS
• Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	240% BRSS (1)
• Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166% BRSS
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	100% BRSS (2)
OPTIQUE :	**Unifocaux** (selon la dioptrie) / **Multifocaux** (selon la dioptrie)
• Forfait par verre (3)	
- de 0 à 4 :	160 € / 250 €
- de 4,25 à 6 :	185 € / 288 €
- de 6,25 à 8 :	222 € / 300 €
- à partir de 8,25 :	277 € / 311 €
• Monture (3)	100 €
• Lentilles correctrices remboursées (y compris jetables)	126 € par an et par bénéficiaire (minimum Ticket modérateur)
• Lentilles correctrices non remboursées (y compris jetables)	126 € par an et par bénéficiaire
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	Ticket modérateur
MATERNITE	
• Allocation naissance ou adoption	8% PMSS par enfant
• Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5% PMSS par jour
AUTRES REMBOURSEMENTS	
• Transport remboursé par la Sécurité sociale	Ticket modérateur
• Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	3% PMSS par an et par bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION	
• Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS)	80 € par an et par bénéficiaire

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
Les actes en secteur non-conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITE
(1) Reconstituer sur une BRSS à 107,5€
(2) Reconstituer sur une base d'un TO90
(3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an

CAS « contrat d'accès aux soins » *: dispositif mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, avec l'objectif principal d'améliorer l'accès aux soins ; il incite les médecins (secteur 2) à modérer leur pratique tarifaire et en contrepartie améliore la prise en charge de leurs patients qui seront remboursés sur la base des tarifs du secteur 1.*

Pour les salariés relevant du régime Local d'assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale - comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire - qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime. »

ARTICLE 13 – SUPPRESSION DE L'ARTICLE 13 « *VERSEMENT DES PRESTATIONS* »

L'article 13 « Versement des prestations » est supprimé.

ARTICLE 14 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 14 « TERRITORIALITE DES GARANTIES »

L'article 14 devient l'article 11.

L'article 11 est ainsi rédigé :

« Les garanties conventionnelles obligatoire de frais de santé bénéficient aux salariés exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les départements et régions d'outre-mer. »

ARTICLE 15 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 15 « *MONTANT DE LA COTISATION ET REPARTITION* »

L'article 15 devient l'article 12. Il est ainsi rédigé :

« Les cotisations servant à financer les garanties énumérées à l'article 10 sont fixées par accord entre les employeurs et l'organisme assureur couvrant les salariés.

Les cotisations servant à financer les garanties seront obligatoirement exprimées sous forme de forfait mensuel pour chaque salarié bénéficiaire. Ce forfait n'est pas réduit prorata temporis.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié.

Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2018, les cotisations servant à financer les garanties prévues par le présent accord seront :

- *cotisations salariales au plus :*
  - *pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale : 14 euros ;*
  - *pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : 10 euros.*
- *cotisations des employeurs a minima :*
  - *pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale : 14 euros ;*
  - *pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : 10 euros.*

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

Pour les salariés à temps partiel, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.»

ARTICLE 16 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 16 « *ECHEANCE ET PAIEMENT DES COTISATIONS* »

L'article 16 devient l'article13.

L'article 13 est ainsi rédigé :

« La cotisation mensuelle est due pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 4, quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie des effectifs salariés de l'entreprise. Les prestations sont servies pour le mois entier au titre duquel la cotisation est versée.

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

ARTICLE 17 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 17 « *PREVENTION* »

L'article 17 devient l'article 14.

L'article 14 est ainsi rédigé :

« Le contrat souscrit par l'entreprise devra prévoir une prestation de prévention collective accessible à tous les salariés leur permettant d'interroger un thérapeute sur leur situation particulière au regard des dépendances liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues. »

Au titre des prestations de prévention, un forfait de sevrage tabagique de 80 € par bénéficiaire et par an permettant un remboursement partiel des patchs inscrits sur la liste de la Sécurité Sociale, doit être garanti. »

ARTICLE 18 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 18 « *ACTION SOCIALE* »

L'article 18 devient l'article 15 et est désormais intitulé « ACTION SOCIALE ET PREVENTION ».

L'article 15 est ainsi rédigé :

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

- *de prestations d'action sociale, notamment afin de permettre l'attribution de secours et aides financières exceptionnelles (aide au permis de conduire, aide aux parents isolés, aide à la garde d'enfants …), sous conditions de ressources, au profit des bénéficiaires de la couverture en grande difficulté,*
- *d'actions favorisant la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement favorisant le bien-être physique et moral des bénéficiaires de la couverture,*
- *d'une assistance sociale et psychologique,*

- *d'un conseil et de soutien psychologique pour les aidants,*
- *d'une aide financière, sous conditions de ressources, aux personnes en situation de handicap,*
- *d'une aide financière, sous conditions de ressources, aux personnes atteintes de maladie redoutée. »*

ARTICLE 19 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 19 « *REGIMES COLLECTIFS OU INDIVIDUELS COMPLEMENTAIRES ET SUPPLEMENTAIRES* »

L'article 19 devient l'article 16, désormais intitulé : GARANTIES COLLECTIVES OU INDIVIDUELLES COMPLEMENTAIRES ET SUPPLEMENTAIRES.

L'article 16 est ainsi rédigé :

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

Ces contrats doivent permettre, d'une part d'améliorer le niveau de couverture, d'autre part d'étendre la couverture du salarié à son conjoint ou à défaut de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité « PACS » ainsi qu'aux enfants à leur charge. »

ARTICLE 20 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 20 « *CREATION ET COMPOSITION DE LA COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE DU REGIME* »

L'article 20 devient l'article 17 et est ainsi rédigé :

Il est créé une commission paritaire de suivi du présent accord.

Cette Commission Paritaire de Suivi est composée d'un nombre égal de représentants d'organisations syndicales de salariés et d'organisations professionnelles d'employeurs.

À la date de signature du présent accord, la Commission Paritaire de Suivi est composée de 15 membres par collège, à raison de deux titulaires et d'un suppléant par organisation syndicale de salariés et de deux titulaires et d'un suppléant par organisation professionnelle d'employeurs.

En cas d'évolution de la représentativité, la Commission Mixte Paritaire se réunira dans les trois mois afin d'adapter la composition de la Commission Paritaire de Suivi à ce nouveau contexte, la parité en nombre entre les 2 collèges devant rester une obligation.

La Commission Paritaire de Suivi mettra en place un Bureau composé d'un membre par organisation syndicale de salariés et par organisation professionnelle d'employeurs représentatives dans la branche.

Il est ajouté en fin d'article l'alinéa suivant :

« La Commission Paritaire de Suivi a pour missions principales :
- *de suivre la mise en œuvre du présent accord dans les entreprises de la branche,*
- *de consulter régulièrement les acteurs du marché (institutions de prévoyance, sociétés d'assurance, mutuelles, actuaires, courtiers, …) afin d'avoir une vision sur leurs pratiques et le cas échéant sur leur action sociale,*
- *d'échanger sur l'encadrement légal relatif aux garanties frais de santé,*
- *de proposer à la commission paritaire nationale les évolutions à apporter au présent accord. »*

ARTICLE 21 – SUPPRESSION DE L'ARTICLE 21 « *MISSIONS DE LA COMMISSIONS PARITAIRE DE PILOTAGE* »

L'article 21 est supprimé.

66

ARTICLE 22– NUMEROTATION ET SUBDIVISION EN CHAPITRES

Les articles 22 à 25 deviennent les articles 18 à 21.

Les subdivisions en chapitres sont supprimées.

ARTICLE 23 - DATE D'EFFET

Le présent avenant prendra effet le 1er jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2016.

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires.

Il fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L.2231-6 ; L.2261-1 et D.2231-2 du Code du travail.

Fait à Paris, le 26 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations Professionnelles d'Employeurs :

CPIH

UMIH

GNC

SYNHORCAT-GNI

FAGIHT-GNI

SNRTC

Organisations Syndicales de Salariés :

FGTA/FO

Fédération CGT du commerce, du service et de la distribution

S. FOSTEC

INOVA/CFE-CGC

D. CHASTRUSSE

Fédération des services CFDT

I. KONATE

Fédération CFTC / CSFV