

Accord de branche du 2 juillet 2015 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé

Préambule

Dans le cadre et conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont rencontrés et entendus pour créer un régime de remboursement des frais de santé au sein de la branche, complétant ainsi leur politique en matière de protection sociale.

Grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L912-1 du code de la Sécurité sociale, les partenaires sociaux instaurent un régime de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte-tenu des besoins sociaux et contraintes économiques de la branche ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisations négociés et maintenus pendant 3 ans, ainsi que d'engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d'en contrôler l'application, l'évolution et d'en assurer la pérennité.

Le régime professionnel « frais de santé » développe également un degré élevé de solidarité destiné à promouvoir une politique active de prévention, d'action sociale pour les populations les plus fragiles et de maintien des garanties pour certains salariés ou anciens salariés dans des conditions privilégiées.

La mise en œuvre d'une procédure de mise en concurrence impartiale et transparente assurant l'égalité des candidats dans le respect de la législation a permis le choix par les partenaires sociaux de l'organisme assureur le mieux-disant.

En outre, le présent accord permet aujourd'hui de proposer une couverture « frais de santé » respectant la réglementation des contrats responsables. Il inclut le financement du maintien temporaire de la couverture au bénéfice des anciens salariés indemnisés par l'assurance chômage, dénommé portabilité santé.

Il répond aussi des obligations liées à généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à effet du 1^{er} janvier 2016 et facilite ainsi les démarches des entreprises, particulièrement les TPE/PME, pour la mise en place d'une couverture complémentaire.

Article 1 - Objet et champ d'application

Suite à l'appel à concurrence mené début 2015 conformément à la procédure définie par le décret n°2015-13 du 8 janvier 2015, le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé) au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective de la Librairie (code IDCC 3013).

Il définit les garanties, les cotisations et leur répartition, la solidarité professionnelle mise en œuvre ainsi que l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion dudit régime dans le cadre de l'article L912-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale au 1^{er} janvier 2016 relève du champ d'application professionnel et territorial de la convention collective, tel qu'il est défini à l'article 2 de la convention collective nationale de la Librairie.

Le présent accord régit les rapports entre les employeurs et les salariés des entreprises dont l'activité principale, en terme de chiffre d'affaires, est constituée de la vente de livres dans les départements français de la métropole ainsi que les DOM, DROM et COM, dont Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Leur champ d'application comprend les commerces de librairie dont la clientèle est constituée de particuliers, d'entreprises ou d'administrations, que ces commerces vendent des livres neufs ou d'occasion, quelles que soient les modalités de vente de livres. À ce titre, le commerce de vente de livres via les nouveaux outils de communication, tel Internet, est également compris dans le champ d'application de cet accord.

Sont visés :

- les commerces de librairie qui relèvent principalement du code 47.61Z, à l'exclusion des commerces dont l'activité principale consiste en la vente de produits de papeterie ou de presse.
- les commerces de livres d'occasion qui relèvent principalement du code 47.79Z, à l'exclusion des commerces dont l'activité principale consiste en la vente de livres anciens et de valeur.

En cas de conflit de conventions collectives de branche applicables, le critère de détermination de la convention collective applicable est celui du chiffre d'affaires réalisé par l'activité de vente de livres. Dès lors que la vente de livres procure à une entreprise la plus grande partie de son chiffre d'affaires annuel, cet accord doit être appliqué. »

Article 2 - Hiérarchie des normes et accords d'entreprise

Conformément aux articles L2253-1, L2253-2 et L2253-3 du Code du travail, l'accord de complémentaire santé d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime professionnel de santé visé par le présent accord.

Article 3 - Bénéficiaires du régime professionnel de santé et dispenses d'affiliation

Article 3.1 - Bénéficiaires à titre obligatoire

Le présent régime et l'ensemble de ses garanties s'appliquent obligatoirement à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord dès la date d'effet de ce dernier ou dès leur date d'embauche si celle-ci est postérieure.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité ainsi que les salariés en formation.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, des demandes de dispenses d'affiliation peuvent être faites par les salariés dans des cas limitatifs. Elles sont définies à l'article 3.2 et mises en œuvre selon des modalités de l'article 3.3.

Les partenaires sociaux souhaitent rappeler qu'en cas de non-respect des dispositions du présent article, les entreprises s'exposent pour elles-mêmes et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime à un redressement fiscal et/ou social.

Article 3.2 – Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

En application de l'article R242-1-6 du code de la Sécurité sociale, peuvent demander, par écrit, à l'employeur une dispense d'affiliation à la garantie « frais de santé » :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail 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 et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ou ne perçoit plus cette aide ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

En application de la législation en vigueur, aucun autre cas de dispense ne pourra être accordé.

Article 3.3 – Modalités de mise en œuvre des dispenses

Pour l'application des cas de dispenses de l'article 3.2, l'employeur devra se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés demandant une dispense d'affiliation.

F.G. MHT BG Alt R J

Cet écrit précise obligatoirement leur refus d'adhésion et le motif exact de ce refus parmi les cas listés à l'article 3.2 et sera accompagné de tous les justificatifs nécessaires. Il devra parvenir à l'employeur dans les 15 jours suivant la date à laquelle son affiliation aurait dû prendre effet en application de l'article 3.1 ci-dessus.

Ces salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion aux garanties du régime professionnel de santé.

Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus d'adhérer et de cotiser à la garantie « frais de santé » lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 3.4 – Cas particuliers de bénéficiaires à titre gratuit

Les salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10% de leur rémunération brute bénéficient de la prise en charge totale de leur cotisation (part employeur comme salarié) par la solidarité du régime professionnel de santé conformément au 1° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Son financement est assuré par la solidarité du régime (article 10).

Article 3.5 – Autres bénéficiaires

Les ayants droit du salarié, tels que définis ci-dessous, ont accès, auprès de l'organisme recommandé par les partenaires sociaux, aux mêmes garanties que le salarié, sous réserve des conditions exposées ci-après.

Article 3.5.1. Définition des ayants droit

Sont ayants droit du salarié :

- le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- la personne vivant en concubinage avec le salarié. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du salarié :
 - Les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans, ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,

- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- o être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- o quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire,

Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Article 3.5.2. Caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des ayants droit

Les entreprises pourront faire le choix, auprès de l'organisme recommandé, de couvrir le salarié et sa famille à titre obligatoire ou facultatif, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans les entreprises.

a/ Lorsque l'affiliation des ayants droit est facultative, le salarié peut étendre la couverture de la garantie Santé dont il bénéficie à :

- leur conjoint, concubin ou pacsé, tels que définis ci-dessus et/ou
- à leur(s) enfant(s) à charge, tels que définis ci-dessus

b/ Lorsque l'affiliation des ayants droit est obligatoire, la couverture de la garantie Santé bénéficie à l'ensemble de ses ayants droit.

Dans les deux cas, les ayants droit du salarié bénéficieront du même niveau de garanties que le salarié. Leur couverture donnera lieu au paiement des cotisations y afférent dans les conditions stipulées à l'article 6.

Le bénéfice des garanties prend effet en fonction des dispositions de l'article 4.

Article 4 - Les garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé établis respectivement aux articles 4.1, 4.2 et 4.3

Excepté pour les garanties assistance, les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 4.1.2.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le participant de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + actes de prévention + garantie assistance).

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord.

Garanties supplémentaires aux garanties prévues dans la Base obligatoire conventionnelle

Les entreprises pourront souscrire librement à des niveaux de prestations supérieurs à ceux de la base obligatoire détaillés ci-après. Dans cette hypothèse, l'entreprise veillera à procéder à la formalisation juridique nécessaire.

À ce titre, au-delà du régime de base obligatoire couvrant le seul salarié, l'entreprise a notamment la possibilité de souscrire à des options facultatives permettant aux salariés d'améliorer les prestations du régime de base.

Ces options ont été définies par les partenaires sociaux et bénéficient de conditions tarifaires privilégiées car négociées auprès de l'organisme recommandé à l'article 8.1.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise.

Les modalités de choix de l'option par le salarié sont les suivantes :

- Accès à une option supérieure :
 - o Au 1^{er} janvier de chaque année si la demande est reçue par l'organisme assureur avant le 1^{er} novembre de l'année précédente ;
 - o Au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande en cas de changement de situation familiale, sous réserve que la demande soit reçue par l'organisme assureur dans les 3 mois de ce changement.
- Retour à une option inférieure :
 - o Au 1^{er} janvier de chaque année si le salarié peut justifier de 3 ans d'affiliation à la précédente option et si la demande est reçue par l'organisme assureur avant le 1^{er} novembre de l'année précédente ;
 - o Au 1^{er} jour du mois civil suivant la réception de la demande en cas de changement de situation familiale, sous réserve que la demande soit reçue par l'organisme assureur dans les 3 mois de ce changement.

Ouverture des droits aux garanties du régime professionnel de santé

Concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois civil qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'affiliation de l'ayant droit, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié et justifiée par un changement de situation familiale.

Lorsque l'adhésion du salarié et de sa famille est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts :

- à la même date que ceux du salarié ;
- à la date du changement de situation familiale dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale, sous réserve que l'organisme assureur reçoive la demande dans les 3 mois qui suivent ce changement. À défaut, l'affiliation de l'ayant droit prendra effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation par l'organisme assureur.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par « changement de situation familiale » tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'ayant droit du salarié, telle que définie au présent accord, ou de mettre un terme à cette qualité. Il peut notamment s'agir d'un mariage, de la conclusion d'un PACS ou de la naissance d'un enfant.

Article 4.1 – La garantie frais de santé du régime professionnel de santé

Article 4.1.1 - Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale hormis pour la garantie Optique.

	BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ	OPTION CONFORT (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION CONFORT + (sous déduction de la base obligatoire)
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale)*			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100% BR	150% BR	300% BR
Honoraires facturés par un médecin Secteur 1 ou adhérent au CAS**	120% BR	170% BR	300% BR
Honoraires facturés par un médecin non adhérent au CAS**	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière hors maternité	-	64 € / jour	64 € / jour
Lit accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans	32 € / jour	32 € / jour	32 € / jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS*			
Consultations / visites médecins ¹	120% BR	144% BR	200% BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux ¹	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ¹	100% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	130% BR	200% BR
¹ Complément pour les médecins Secteur 1 ou adhérents CAS**	+ 30% BR	+ 36% BR	+ 50% BR
PHARMACIE*			
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE*			
Soins dentaires hors inlays / onlays remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR
Prothèses dentaires / inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	250% BR	350% BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125% BR	250% BR	350% BR
Implants refusés par la Sécurité sociale (par an et par personne)	-	-	317 €
OPTIQUE* (postes limités à 1 équipement tous les 2 ans sauf évolution de la vision ou enfant mineur***)			
A – Verres dits simples avec monture***	150 €	280 €	470 €
B – Verres dits complexes avec monture***	250 €	380 €	570 €
C – Verres dits très complexes avec monture***	350 €	480 €	670 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non / an	150 €	280 €	470 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux / an)	-	-	500 €
MATERNITE*			
Forfait naissance	100 €	100 €	100 €
Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	100 €	100 €	100 €
Chambre particulière	64 € / jour	64 € / jour	64 € / jour
AUTRES ACTES			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	-	Jusqu'à 2 séances / an limitées à 30 € / séance	Jusqu'à 3 séances / an limitées à 40 € / séance
Sur prescription médicale : - pharmacie non remboursée, y compris moyens contraceptifs - sevrage tabagique, - ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	50 € par an	100 € par an
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	317 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100% BR	200% BR	200% BR
Prothèses auditives	100% BR	254 €	317 €

7 F.G. NHT BG OHT R. J.

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés)

* : remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables

** : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1

*** : L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vision médicalement constaté. Cette limitation n'est pas applicable pour les enfants mineurs qui bénéficient d'1 équipement tous les ans.

La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des 2 niveaux de remboursement.

On entend :

- par « verres simples » les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries;
- par « verres complexes » les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+6,00$ dioptries ou dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries et à verres multifocaux ou progressifs;
- par « verres très complexes » les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de $-8,00$ à $+8,00$ dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries.

Article 4.1.2 Limites et exclusions de garanties

La garantie santé du régime professionnel de santé telle que définie précédemment ne s'applique pas dans les deux cas suivants :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne donnent pas lieu à garanties ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

En outre, sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau de garanties.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 4.2 - Les actes de prévention du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention définis dans le tableau ci-dessous.

	BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ	OPTIONS CONFORT ET CONFORT +
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	OUI	OUI
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	OUI	OUI
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans)	OUI	OUI
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	OUI	OUI
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus : <ul style="list-style-type: none"> • Audiométrie tonale ou vocale • Audiométrie tonale avec tympanométrie • Audiométrie vocale dans le bruit • Audiométrie tonale ou vocale • Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie 	OUI	OUI
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	OUI	OUI
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) Haemophilus influenzae B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois 	OUI	OUI

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche, le régime professionnel de santé met en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 10 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel de santé.

Article 4.3 - La garantie assistance santé du régime professionnel de santé

Chaque bénéficiaire du régime professionnel de santé bénéficie d'une garantie dite « assistance santé » notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès dont les conditions sont proposées par l'organisme assureur recommandé à l'article 8.1.

Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

Article 5 – Maintiens et conditions de suspension des garanties du régime professionnel de santé

Article 5.1 – Maintien des garanties du régime professionnel de santé dans le cadre de la portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime 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 (*dispositif appelé « portabilité santé »*) dans les conditions de l'article L911-8 du code de la sécurité sociale :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'employeur doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l'ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

Article 5.2 – Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou ayants droit

Article 5.2.1 – Bénéficiaires de ce maintien

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d’incapacité ou d’invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d’une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d’emploi bénéficiaires d’un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l’assuré décédé.

Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d’emploi non bénéficiaires d’un revenu de remplacement ;

Article 5.2.2 – Conditions de ce maintien

Les taux de cotisations des bénéficiaires visés à l’article ci-dessus sont définis au point 1 de l’article 6.1 du présent accord.

Une partie des bénéficiaires voit leur cotisation réduite par rapport aux prescriptions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé telle que définie à l’article 10.

Sous réserve d’être informé, par l’employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l’organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité santé exposé à l’article 5.1, ou du décès du salarié.

Les intéressés peuvent en faire directement la demande auprès de l’organisme assureur dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l’issue de la période de portabilité santé telle que mentionnée à l’article 5.1.

Par ailleurs, les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.3 – Conditions de maintien des garanties du régime professionnel de santé en cas de suspension du contrat de travail

Article 5.3.1 – Suspension des garanties du régime professionnel de santé

En dehors des cas exposés à l’article 5.3.2, le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension intervient à la date de la cessation de l’activité professionnelle dans l’entreprise adhérente et s’achève dès la reprise effective du travail par l’intéressé, sous réserve que l’organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, les garanties ne prendront effet qu’à compter de la réception par l’organisme assureur de la déclaration faite par l’entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n’est due au titre du salarié concerné.

Article 5.3.2 – Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu :

F.G
 HIT
 36
 cut
 R-V
 PV

- pour arrêt de travail, à la condition qu'il soit pris en charge par la Sécurité sociale ;
- pour congé maternité, congé paternité ou formation.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes selon les mêmes règles de répartition des contributions salariales et patronales.

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires au point 2 de l'article 6.1 et sous réserve qu'il en fasse la demande dans les 15 jours qui suivent le début de la suspension de son contrat de travail auprès de l'organisme assureur.

Article 6 - Cotisations

Article 6.1 - Taux de cotisation du régime professionnel de santé

La cotisation des salariés diffère en fonction de leur régime d'affiliation : soit ils relèvent du régime général d'assurance maladie, soit ils relèvent du régime local d'Alsace-Moselle.

Afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions, les cotisations des salariés bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle sont réduites en conséquence.

1. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé (incluant le financement de la Portabilité santé défini à l'article 5.1), exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale est égale à :

	REGIME GENERAL			REGIME LOCAL		
	Cotisations dues par personne assurée			Cotisations dues par personne assurée		
	Base obligatoire	Option Confort Facultatif En surcoût de la base	Option Confort + Facultatif En surcoût de la base	Base obligatoire	Option Confort Facultatif En surcoût de la base	Option Confort + Facultatif En surcoût de la base
Salarié seul en obligatoire	1,20%	+0,67%	+1,28%	0,56%	+0,67%	+1,28%
<i>Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin</i>	+1,20%	+0,67%	+1,28%	+0,56%	+0,67%	+1,28%
<i>Affiliation facultative par enfant à charge*</i>	+0,68%	+0,29%	+0,45%	+0,27%	+0,29%	+0,45%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

50% de la cotisation du salarié seul sont pris en charge par l'employeur sur la « base obligatoire » du régime professionnel de santé.

Si le salarié choisit d'être garanti au titre de l'« Option Confort » ou de l'« Option Confort + », les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. Elles sont alors à la charge exclusive du salarié.

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient du régime professionnel de santé au même niveau de garantie que lui : soit la « Base obligatoire du régime professionnel de santé », soit l'« Option Confort », soit l'« Option Confort + ». Les cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

Si l'entreprise le souhaite, elle peut également choisir, conformément aux dispositions de l'acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives dans l'entreprise :

- de faire bénéficier des garanties du régime professionnel de santé à l'ensemble des ayants droit, tels que définis par le présent accord, du salarié à titre obligatoire au sein de son entreprise ;

Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes :

	REGIME GENERAL			REGIME LOCAL		
	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option <u>Confort</u> Facultatif En surcote de la base	Option <u>Confort +</u> Facultatif En surcote de la base	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option <u>Confort</u> Facultatif En surcote de la base	Option <u>Confort +</u> Facultatif En surcote de la base
Famille en obligatoire	2,62%	+1,38%	+2,52%	1,16%	+1,38%	+2,52%

Si le salarié choisit d'être garanti au titre de l'« Option Confort » ou de l'« Option Confort + », les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. Elles sont alors à la charge exclusive du salarié.

- d'améliorer la couverture obligatoire du régime professionnel de santé en souscrivant l'option « Confort » à titre obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul (« salarié seul à titre obligatoire ») ou pour le salarié et l'ensemble de ses ayants droit, tels que définis par le présent accord (« famille à titre obligatoire ») ;

Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes :

« Salarié seul à titre obligatoire »

	REGIME GENERAL		REGIME LOCAL	
	Cotisations dues par personne assurée		Cotisations dues par personne assurée	
	Option <u>Confort</u> Obligatoire dans l'entreprise	Option <u>Confort +</u> Facultatif En surcote de la base	Option <u>Confort</u> Obligatoire dans l'entreprise	Option <u>Confort +</u> Facultatif En surcote de la base
Salarié seul en obligatoire	1,78%	+0,61%	1,12%	+0,61%
<i>Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin</i>	+1,78%	+0,61%	+1,12%	+0,61%
<i>Affiliation facultative par enfant à charge*</i>	+0,93%	+0,16%	+0,50%	+0,16%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient du même niveau de garantie que lui : soit l'« Option Confort » obligatoire dans l'entreprise, soit l'« Option Confort + ». Les cotisations

mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

« Famille à titre obligatoire »

	REGIME GENERAL		REGIME LOCAL	
	Option Confort Obligatoire dans l'entreprise	Option Confort + Facultatif En surcoût de la base	Option Confort Obligatoire dans l'entreprise	Option Confort + Facultatif En surcoût de la base
Famille en obligatoire	3,82%	+1,14%	2,30%	+1,14%

Si le salarié choisit d'être garanti au titre de l'« Option Confort + », les cotisations s'ajoutent à la cotisation de la base obligatoire. Elles sont alors à la charge exclusive du salarié.

- d'améliorer la couverture obligatoire du régime professionnel de santé en souscrivant l'option « Confort + » à titre obligatoire au sein de l'entreprise pour le salarié seul (« salarié seul à titre obligatoire ») ou pour le salarié et l'ensemble de ses ayants droit, tels que définis par le présent accord (« famille à titre obligatoire ») ;

Dans cette hypothèse, les cotisations sont les suivantes :

« Salarié seul à titre obligatoire »

	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
	Cotisations dues par personne assurée	Cotisations dues par personne assurée
	Option Confort + Obligatoire dans l'entreprise	Option Confort + Obligatoire dans l'entreprise
Salarié seul en obligatoire	2,31%	1,63%
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	+2,31%	+1,63%
Affiliation facultative par enfant à charge*	+1,07%	+0,63%

*gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant

S'il le souhaite, et à sa charge exclusive, le salarié peut demander que ses ayants droit, tels que définis par le présent accord, bénéficient de l'« Option Confort + » obligatoire dans l'entreprise. Les cotisations mentionnées dans le tableau ci-dessus sont dues par personne assurée et s'ajoutent à la cotisation due pour le salarié.

« Famille à titre obligatoire »

	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
	Option Confort + Obligatoire dans l'entreprise	Option Confort + Obligatoire dans l'entreprise
Famille en obligatoire	4,81%	3,26%

17/11/17

F. G.

BG alt H J PV

2. La cotisation aux garanties du régime professionnel de santé pour les anciens salariés et bénéficiaires visés par les articles 5.2.1 et 5.3 est égale à :

	REGIME GENERAL			REGIME LOCAL		
	Cotisations dues par personne assurée			Cotisations dues par personne assurée		
	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option Confort	Option Confort +	Base obligatoire du régime professionnel de santé	Option Confort	Option Confort +
Salarié en suspension de contrat de travail non rémunéré	1,20%	0,87%	1,66%	0,56%	0,87%	1,66%
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'incapacité ou en pré-retraite	1,56%	0,87%	1,66%	0,73%	0,87%	1,66%
Ancien salarié privé d'emploi bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement	1,20%	0,87%	1,66%	0,56%	0,87%	1,66%
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite	1,80%	0,87%	1,66%	0,84%	0,87%	1,66%
Affiliation facultative conjoint, pacsé	1,20%	0,87%	1,66%	0,56%	0,87%	1,66%
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin de salarié décédé	1,20%	0,87%	1,66%	0,56%	0,87%	1,66%
Affiliation facultative enfant à charge, enfant à charge de salarié décédé	0,68%	0,29%	0,45%	0,27%	0,29%	0,45%

Les cotisations susmentionnées sont à la charge des personnes souhaitant bénéficier du maintien des garanties du régime. Elles peuvent bénéficier auprès de l'organisme recommandé d'un financement au titre de la solidarité du régime professionnel de santé.

3. Maintien des taux de cotisations

Les taux de cotisations du présent article sont maintenus pour une durée de trois années hormis en cas d'évolutions législatives, réglementaires ou désengagement de la sécurité sociale venant modifier les conditions d'équilibre du régime professionnel de santé.

À l'issue, les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire dans les limites prévues par la loi.

Afin de favoriser la montée en charge du régime professionnel de santé, un taux d'appel des cotisations est mis en œuvre pendant trois années.

Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018, les cotisations seront appelées à hauteur de 92% des taux fixés aux 1. et 2. du présent article.

Le taux d'appel bénéficiera exclusivement au salarié, la participation employeur sur la « base obligatoire du régime professionnel de santé » restera de 50% de la cotisation du salarié seul mentionnée au 1. soit 0,60% du plafond mensuel de la sécurité sociale à la charge de l'employeur et 0,50% du plafond mensuel de la sécurité sociale à la charge du salarié.

Article 6.2 - Assiette de calcul des cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (valeur indicative pour 2015 de 3 170 €).

Article 7 - Règles relatives à l'instauration du régime professionnel de santé en fonction de la situation de l'entreprise

Tous les salariés compris dans le cadre collectif défini à l'article 3 doivent, à la date du 1^{er} janvier 2016, bénéficier des garanties prévues à l'article 4.

À cet effet, toutes les entreprises sont tenues d'adhérer au plus tard le 1^{er} janvier 2016 à un organisme d'assurance (mentionné à l'article 1^{er} de la loi du 31 décembre 1989) pour se conformer aux obligations du présent régime professionnel qui entre en vigueur à cette date.

Le choix de l'organisme recommandé visé à l'article 8.1 garantit à l'entreprise et à ses salariés le respect de l'ensemble des prescriptions du régime professionnel en matière de couverture santé : bénéficiaires, garanties, maintiens, droits non contributifs...

L'entreprise rejoignant l'organisme recommandé est affiliée pour toute la durée de la recommandation du régime professionnel de santé définie à l'article 8.2 ce conformément à l'alinéa 2 de l'article L932-12 du code de la sécurité sociale.

Les entreprises n'ayant pas rejoint l'organisme recommandé ne peuvent changer d'assureur ni modifier le contrat couvrant les salariés que dans le respect des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur et sous réserve de satisfaire aux vérifications visés à l'article 11.

Article 7.1 - Cas de l'entreprise n'ayant pas mis en place de garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

Lorsqu'aucune garantie santé n'a été mise en place dans l'entreprise avant le 1^{er} janvier 2016, l'employeur a l'obligation de mettre en place un régime respectant, a minima, l'ensemble des prescriptions du régime professionnel de santé instauré par le présent accord, au plus tard au 1^{er} janvier 2016.

Lorsque le chef d'entreprise envisage des garanties supérieures en tout ou partie à celles définies par le régime professionnel ou financées pour plus de 50% par l'entreprise, les garanties santé et leur financement sont déterminés selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L911-1 du code de la Sécurité.

Article 7.2 - Cas de l'entreprise ayant mis en place des garanties santé avant le 1^{er} janvier 2016

En présence d'une couverture santé antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du régime professionnel de santé.

À ce titre, il devra notamment veiller à ce que :

- chaque garantie interne à l'entreprise soit supérieure ou égale aux garanties du régime professionnel de santé ;
- la participation patronale au régime interne à l'entreprise soit au moins égale à 50% de la cotisation du régime professionnel de santé « Base minimum conventionnelle obligatoire » pour le salarié seul ;

- le régime interne respecte bien les dispositions de l'article 10 et propose notamment les actions de solidarité spécifiques
- les conditions de bénéfice et de maintien des garanties y compris pour les anciens salariés soient au moins aussi favorables que celles du régime professionnel de santé.

Article 7.3 - Détermination de la conformité d'une couverture antérieure

En présence d'une couverture antérieure au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra vérifier que celle-ci est conforme aux prescriptions du Régime Professionnel de Santé (article 7.2) et l'adapter conformément aux dispositions suivantes :

1. Le contrat couvrant l'entreprise doit garantir tous les salariés présents et futurs tels que définis par le présent accord (absence de condition d'ancienneté minimale, dispenses d'affiliation) ;
2. La couverture doit être solidaire et responsable selon les définitions du régime professionnel de santé ;
3. La situation individuelle de tout salarié couvert antérieurement au 1^{er} janvier 2016 doit être comparée aux dispositions du régime professionnel de santé défini par le présent accord :
 - s'il ne bénéficie pas d'une prestation prévue par le régime professionnel, il faudra inclure celle-ci dans le contrat collectif en prévoyant un financement patronal égal à 50% ;
 - lorsqu'un poste de garantie composé des prestations définies par le régime professionnel existe déjà, il faudra comparer son quantum (tableaux des garanties Santé du régime professionnel de santé de l'article 4) et son financement en fonction de la ventilation par poste définie ci-après :
 - a) Si le quantum est inférieur au barème conventionnel, il doit être mis à niveau et la part patronale doit être le cas échéant augmentée, pour respecter la règle du financement à 50/50 ;
 - b) Si le quantum est supérieur au barème conventionnel, il doit être maintenu et la part patronale correspondant au barème conventionnel doit être, le cas échéant, augmentée pour respecter la règle du financement à 50/50 ;
 - les prestations précédemment en place et non prévues dans le panier conventionnel sont maintenues ainsi que leur mode de financement ;
 - si des prestations précédemment en place correspondent partiellement à ce que prévoit le régime professionnel, soit en raison d'un intitulé différent, soit en raison de l'utilisation d'un barème différent, il sera nécessaire de modifier le contrat pour permettre la comparaison.

Libellé du poste	VENTILATION EN POURCENTAGE DE LA COTISATION DE LA BASE OBLIGATOIRE RPS POUR LE SALARIE SEUL	
	REGIME GENERAL	REGIME LOCAL
Hospitalisation	16%	9%
Soins courants	30%	33%
Pharmacie	27%	14%
Dentaire	10%	11%
Optique	14%	29%
Maternité	1%	1%
Autres	2%	3%

4. Les vérifications ci-dessus permettent d'isoler la part des prestations prévues par le contrat qui demeure supérieure au minimum défini par le régime professionnel ainsi que le financement correspondant ; le niveau antérieur de prestation pourra, le cas échéant, être conservé par la souscription de garanties optionnelles ouvertes à tous les salariés ou à des catégories objectives préalablement définies et dont le financement est librement déterminé.

Les vérifications ci-dessus seront normalement effectuées dans la même forme que celles qui avaient présidé à la mise en place initiale de la couverture, déterminée selon l'une ou l'autre des modalités visées à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale. En présence de délégués syndicaux, elles peuvent donner lieu à une négociation tendant à l'adaptation des couvertures antérieures au vu des dispositions du régime professionnel.

Article 8 – La mutualisation professionnelle

Article 8.1 – Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle

L'organisme recommandé pour l'assurance des garanties frais de santé ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties est l'Institution de Prévoyance régie par le Titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale : Ipsec, dont le siège social est à PARIS (75017), 16-18 place du Général Catroux.

L'organisme recommandé est chargé de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment les conséquences suivantes :

- il s'oblige à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie ;
- il s'interdit de suspendre la couverture des salariés en raison de la défaillance de l'entreprise dans le paiement des cotisations.

Ipsec est choisie par les partenaires sociaux pour procéder à l'appel des cotisations relatives au fonds de solidarité de la branche définies à l'article 10.2 y compris auprès des entreprises non adhérentes à l'organisme recommandé pour le présent régime.

L'organisme recommandé est mandaté par les partenaires sociaux pour contrôler l'application du régime professionnel de la branche dans les conditions définies à l'article 11 du présent accord.

Toute entreprise est en capacité de souscrire auprès d'Ipsec, dès le dépôt légal du présent accord, la garantie frais de santé conforme aux prescriptions du régime professionnel de la branche.

Article 8.2 – Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

L'organisme est recommandé pour une durée de 5 ans. Cependant, le choix de l'organisme recommandé peut être modifié par la commission paritaire de surveillance, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1^{er} janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont au réexamen des conditions de mutualisation des garanties et à une mise en concurrence au plus tard dans les 5 ans à partir de l'entrée en vigueur du régime professionnel de santé au 1^{er} janvier 2016.

Article 8.3 Comptes de résultats et rapport annuel

Chaque année, au plus tard le 31 mai, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de la Commission paritaire les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent, ainsi que d'une manière générale tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

Une fois les comptes approuvés, la Commission paritaire propose aux assureurs l'affectation des éventuels excédents après constitution des provisions et réserves légales et conventionnelles.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

L'organisme recommandé produit également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre prévu par l'alinéa 3 de l'article L912-1 du code de la sécurité sociale.

Article 9 - Commission paritaire de surveillance

Il est institué au sein de la profession une commission paritaire de surveillance du régime professionnel de santé composée d'un membre de chaque organisation syndicale représentative des salariés et autant de membres représentant le collège patronal, chaque partie ayant le même nombre de voix.

La commission paritaire de surveillance exerce ses fonctions sous le contrôle et sous la direction de la Commission paritaire nationale qui reste seule compétente pour négocier et conclure des avenants relatifs au présent accord.

Le secrétariat de la commission sera assuré par l'organisation employeur de la branche.

La commission paritaire de surveillance définira son fonctionnement dans le cadre d'un règlement intérieur le cas échéant.

Article 9.1 Rôle de la commission paritaire de surveillance

La commission paritaire de surveillance a notamment pour rôle :

- l'application et l'interprétation du présent accord instaurant le régime professionnel de santé ainsi que ses dispositions contractuelles ;
- l'étude de l'évolution de la garantie santé et des conditions de maintiens de celle-ci ;
- l'examen des comptes de résultats et bilan financier produits par l'organisme assureur ;
- le contrôle des opérations administratives, financières et techniques du régime ;
- le choix de l'organisme paritaire recommandé ;
- la négociation avec l'organisme paritaire recommandé notamment sur l'évolution annuelle des cotisations et/ou la révision des prestations ;
- l'étude pour favoriser l'accès des entreprises adhérentes à la branche professionnelle ;
- l'étude des statistiques demandées à l'organisme recommandé pour la qualité de service et gestion ;
- la décision d'affectation pour améliorer les résultats financiers du régime de la branche ;

- le pilotage et la définition du degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé mis en œuvre par l'organisme paritaire recommandé ;
- l'éventuelle étude des cas sociaux difficiles.

Pour toutes ces tâches, la commission paritaire de surveillance peut demander l'aide d'experts financés dans des conditions déterminées contractuellement.

Article 9.2 Réunions

La commission paritaire se réunit au minimum deux fois par an sur convocation du secrétariat confié à l'organisation employeur de la branche, les décisions se prenant à la majorité des voix.

Article 9.3 Association de gestion sociale

Les partenaires sociaux ont créé l'Association pour la Gestion du Paritarisme au sein de la Librairie (loi 1901), - AGPL agissant pour le compte de la Commission Nationale Paritaire conformément à ses statuts dont le siège est à Paris : Hôtel de Massa au 38 rue du Faubourg-Saint-Jacques dans le 14^{ème}.

Cette association a notamment pour objet :

- de gérer, par délégation, les fonds mis à disposition de la commission paritaire en procédant notamment aux remboursements des frais (fonctionnement, déplacements, réunions, communication, contrôle et pilotage technique du régime de prévoyance...) engagés par cette commission ou ses membres dans le cadre de leurs missions conventionnelles selon le protocole de gestion du régime.
- de mener une politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants-droit et anciens salarié de la branche dans les conditions déterminées à l'article 10 ;
- de mener des campagnes de prévention en matière de santé ou d'amélioration des conditions de travail auprès des salariés ou entreprises de la branche dans les conditions déterminées par l'article 10.

Les membres de cette association sont ceux désignés par les statuts de l'AGPL, chaque syndicat employeur et salarié signataire du présent avenant pouvant de droit demander son intégration au sein de l'association. Une convention est conclue entre cette association et l'organisme assureur recommandé à l'article 8.1.

Article 10 – Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés et ayants droit qui bénéficient des garanties de la branche professionnelle le bénéfice d'une action sociale dite institutionnelle, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

Elle est mise en œuvre et financée par l'organisme en charge de l'assurance du régime de l'entreprise.

Au-delà de l'action sociale institutionnelle, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel de santé, est mis en œuvre.

Article 10.1 – Actions de solidarité spécifiques

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit :

- le bénéfice des garanties du régime professionnel de santé à titre gratuit pour les salariés dont la cotisation représente au moins 10% de leur rémunération brute (comme définie au sein de l'article 3) ;
- le bénéfice de conditions tarifaires plus favorables que les prescriptions légales pour les anciens salariés non retraités bénéficiaires de la structure d'accueil au titre de la Loi Evin comme défini à l'article 5 ;
- l'élargissement de la structure d'accueil précédemment décrite aux salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement et aux salariés en suspension de contrat de travail non rémunérés tel que le prévoit l'article 5 ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés.
Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
 - o à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés, et ayants droits.
 - o à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

Article 10.2 – Fonds de solidarité

Le fonds de solidarité est financé par un prélèvement de 2% sur les cotisations définies à l'article 6 versées par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Il garantit la mise en œuvre des actions de solidarité spécifiques du régime professionnel de santé définies par l'article 10.1 pour l'ensemble des salariés et entreprises relevant de la convention collective de la librairie.

Chaque année, le financement du fonds de solidarité est réexaminé, en fonction des comptes de résultat défini à l'article 8.3, sur décision annuelle de la Commission paritaire de surveillance après concertation avec l'organisme assureur recommandé.

Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre notamment :

- la mise à disposition de moyens humains et matériels par l'organisme pour la gestion du fonds mis à disposition de la commission paritaire ;
- de déterminer les modalités notamment les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale librement décidées par les partenaires sociaux de la branche.
- la réalisation de la politique d'action sociale, de secours et d'entraide auprès des salariés, ayants droit et anciens salariés de la branche et de prévention dans le respect de la solidarité du régime professionnel de santé déterminée à l'article 10.1.

Article 11 – Application du régime professionnel de santé

L'organisme recommandé par les partenaires sociaux à l'article 8.1 est mandaté par le présent accord pour accomplir les démarches nécessaires au nom de l'ensemble des organisations représentatives signataires afin de garantir l'application du régime professionnel aux salariés et entreprises de la branche.

Il est habilité, sous le contrôle du comité paritaire de surveillance défini à l'article 9, à vérifier la situation des entreprises qui n'ont pas souscrit la garantie santé frais de santé auprès de lui à la date du 1^{er} janvier 2016. Il peut notamment leur demander :

- tous justificatifs relatifs à la situation des entreprises qui composent un groupe ;
- tous justificatifs relatifs à la situation des établissements d'une entreprise ;
- la remise des notices d'information relatives à la nature des garanties et aux modalités de couverture des bénéficiaires ;
- le cas échéant, la production d'une copie de l'accord collectif, l'accord référendaire ou la décision unilatérale tels que visés par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- la production de tout justificatif attestant de la mise en œuvre du degré élevé de solidarité mis en œuvre par l'article 10.

L'organisme recommandé peut délivrer une mise en demeure :

1. d'adresser les justificatifs demandés dans le délai qu'il fixe ;
2. de régulariser une situation non conforme aux prescriptions du présent accord.

Le comité paritaire de surveillance est tenu informé des mises en demeure et des suites données par les entreprises défaillantes. Le cas échéant, les organismes assureurs ayant en portefeuille des contrats non conformes aux prescriptions du présent accord sont tenus informés des mises en demeure adressées à leurs clients.

Lorsqu'une mise en demeure n'est pas suivie d'effet au terme du délai imparti, l'organisme recommandé est fondé, sur décision du comité paritaire de surveillance, à intenter toute action en justice en vue d'obtenir l'exécution du présent accord par application des articles L. 2261-15 et L. 2262-1 du code du travail, sans préjudice des actions que les organisations signataires peuvent exercer concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession par application de l'article L. 2132-3 du même code.

Les organisations professionnelles et syndicales de salariés liées par le présent accord ainsi que leurs membres adhérents sont fondés à obtenir en justice l'exécution du présent accord conformément aux articles L. 2262-4 et L. 2262-9 et suivants du code du travail.

Article 12 - Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans maximum.

Article 13 - Entrée en vigueur

Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 14 - Notification – Dépôt – Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Fait à Paris, en quinze exemplaires originaux, le 2 juillet 2015.

<p>Syndicat de la Librairie Française</p> <p>Marion Le Goasoz, par délégation de Matthieu de Montchalin</p> <p><i>Guillaume Heston</i> Délégué général, par délégation</p>	<p>CFTC SNPELAC</p> <p>Robert Vanée</p> <p><i>Robert Vanée</i></p>
	<p>CGT</p> <p>Marie-Hélène THOMET</p> <p><i>Marie-Hélène Thomet</i></p>
	<p>CFE CGC FCCS</p> <p>François Gilles</p> <p><i>François Gilles</i></p>
	<p>CFE CGC FNECS</p> <p>Jean Ray</p> <p><i>J.R.</i></p>
<p><i>Brigitte Gohier</i> Secrétaire Fédérale CFDT.</p>	<p>Fédération des Services CFDT</p> <p>Martial Meziani ^{PO}</p> <p><i>Martial Meziani</i></p>
	<p>FEC CGT FO</p> <p>Didier Morin</p> <p><i>Didier Morin</i></p>