

Brochure n° 3328

Convention collective nationale

IDCC : 2511. – SPORT

ACCORD DU 6 NOVEMBRE 2015

RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650001M

IDCC : 2511

PRÉAMBULE

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche du sport ont décidé de mettre en place, par accord de branche collectif et obligatoire, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016, avec des prestations supérieures au panier de soins minimum défini par le législateur.

Une procédure de mise en concurrence, conformément au décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, a été lancée, ouverte à tout organisme assureur susceptible d'assurer un régime collectif de garanties en matière de frais de santé.

Cet appel à candidatures a pris fin le 14 septembre 2015, au terme du délai et des exigences réglementaires en vigueur.

A l'issue de l'analyse des offres reçues et des différentes auditions, les partenaires sociaux, assistés par un actuair e indépendant, ont décidé de recommander plusieurs organismes assureurs au titre du présent accord.

C'est dans ce cadre que le présent accord a été discuté et négocié conformément notamment aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux de la branche du sport ont eu à l'esprit la nécessité pour les salariés et les entreprises de bénéficier d'un régime pérenne bénéficiant des effets de la mutualisation, intégrant les dispositions relatives à la portabilité des droits et bénéficiant pleinement du dispositif du haut degré de solidarité.

TITRE I^{ER}

CHAMP D'APPLICATION ET OBJET

Article 1^{er}

Champ d'application

Le champ d'application du présent accord concerne les entreprises relevant de la branche du sport et défini dans l'article 1.1 de la convention collective nationale du sport.

Article 2

Objet

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif de frais de santé dans la branche du sport.

Ce régime collectif et obligatoire est constitué d'une couverture frais de santé à adhésion obligatoire qui a pour but de compléter les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dénommée « régime conventionnel obligatoire ».

Ce régime intègre également :

- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Des couvertures frais de santé surcomplémentaires et facultatives ont également été négociées avec les organismes assureurs recommandés et sont détaillés dans le contrat-cadre signé avec ceux-ci.

Ces garanties surcomplémentaires n'entrent pas dans le champ de mutualisation du présent accord de branche.

Ces couvertures surcomplémentaires pourront être choisies :

- soit par les entreprises, à titre plus favorable, comme étant leur régime collectif à adhésion obligatoire ;
- soit par les salariés, à titre individuel, ainsi que pour leurs éventuels ayants droit.

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

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

TITRE II

RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord doivent couvrir, *a minima*, selon les modalités fixées à l'article 5, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre du régime conventionnel obligatoire, acte par acte, défini à l'article 4.

Ces mêmes entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord doivent en outre satisfaire, *a minima*, à la répartition du financement employeur/salarié mentionnée à l'article 7.

Article 3

Périmètre des bénéficiaires

Article 3.1

Caractère collectif

Le régime conventionnel obligatoire bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord, sans sélection médicale préalable.

Les salariés relevant du chapitre XII de la convention collective nationale du sport bénéficieront, dans les mêmes conditions que tous les autres salariés de la branche, des garanties d'assurances instaurées par le présent accord.

Article 3.2

Caractère obligatoire

Tous les salariés concernés, quelle que soit leur ancienneté, bénéficient obligatoirement du régime conventionnel obligatoire.

Le caractère obligatoire du régime conventionnel de frais de santé considéré résulte de la signature du présent accord.

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

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

Cette définition ne fait pas obstacle à la définition de catégories objectives conformément à la législation.

Dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés au présent régime, toutes les dispenses d'adhésion prévues par la législation notamment à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sont retenues au titre du présent accord.

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

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment à la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. Alors, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide et sous réserve qu'un justificatif soit fourni ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, en la justifiant chaque année, relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale ;
 - dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;

- dans le cadre des contrats d'assurance prévoyance complémentaire de groupe conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense.

La faculté de dispense relève d'un libre choix du salarié qui est explicitement exprimé par lui et ne peut donc en aucun cas être imposé au salarié.

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

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

En tout état de cause, les salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations de dispense susvisées.

Ils en informent alors sans délai leur employeur.

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

Disposition transitoire : cas des multi-employeurs

Dans l'attente de la publication du décret « salariés à employeurs multiples et à temps très partiel » qui doit venir préciser, notamment, les modalités de financement de la couverture complémentaire santé, et si aucun régime de complémentaire santé spécifique n'est mis en place pour les couvrir, les salariés à temps très partiel et/ou à employeurs multiples des entreprises de la branche, auront accès au niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé précisé par le présent accord, au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

En tout état de cause, un salarié travaillant chez plusieurs employeurs a l'obligation d'en informer chacun de ses employeurs. Cette information est nécessaire afin que chaque employeur puisse se conformer aux obligations légales ou conventionnelles.

Article 3.3

Extension facultative du régime conventionnel obligatoire aux ayants droit du salarié

Les ayants droit du salarié peuvent adhérer à la couverture obligatoire en vigueur par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié auprès d'un assureur et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique dans les conditions prévues à l'article 7.

Par ayants droit du salarié, il est entendu :

1° Le conjoint non divorcé ni séparé du salarié. Est assimilé au conjoint :

- la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- le concubin à charge au sens de la sécurité sociale ;
- le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de sécurité sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, etc.) et sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut d'un justificatif de domicile commun ;

2° Les enfants du salarié ou ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou ceux de son concubin, à charge fiscale et/ou sociale :

- jusqu'à 18 ans sans conditions ;
- jusqu'à 27 ans sous réserve de poursuite d'études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ou inscrits à l'assurance chômage non indemnisés ;

- les enfants, quel que soit leur âge, qui sont infirmes ou atteints d'une maladie chronique et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (allocation d'enfant handicapé ou d'adulte handicapé).

Article 4

Prestations obligatoires minimales

Les prestations du régime conventionnel obligatoire devant bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié visé à l'article 3, sont mentionnées dans l'annexe I jointe au présent accord.

Il est rappelé qu'à titre plus favorable, les entreprises couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer, comme couverture collective et obligatoire, des couvertures avec des niveaux de prestations égales ou supérieures.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AU RÉGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

Article 5

Adhésion à un organisme assureur

Afin de satisfaire à leurs obligations découlant du titre II du présent accord, les entreprises visées à l'article 1^{er} souscrivent à un contrat d'assurance satisfaisant aux dispositions du présent accord et notamment le présent titre et, le cas échéant, le titre IV.

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

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

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

Article 6

Contrat responsable

Le régime conventionnel obligatoire et les couvertures optionnelles ainsi que le contrat d'assurance sont mises en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 83, 1^o, *quater*, du code général des impôts.

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

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

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

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

Article 7

Cotisations et répartition

Article 7.1

Cotisations du régime conventionnel obligatoire

Les cotisations au présent régime sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

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

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

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir pour les revoir en cas de changement de ces textes.

A titre indicatif, au 1^{er} janvier 2016, pour le régime conventionnel obligatoire (annexe I) du salarié isolé, la cotisation est fixée à hauteur de :

(En pourcentage du PMSS.)

COTISATION MENSUELLE	SALARIÉ (isolé)
Régime général	1,02
Régime local (Alsace-Moselle)	0,66

A titre indicatif, au 1^{er} janvier 2016, pour la couverture facultative des ayants droits du salarié pour le régime conventionnel obligatoire les cotisations sont fixées à hauteur de :

(En pourcentage du PMSS.)

COTISATION MENSUELLE	CONJOINT	ENFANT (par enfant, cotisation gratuite au-delà du 2 ^e enfant)
Régime général	1,12	0,62
Régime local (Alsace-Moselle)	0,73	0,40

Article 7.2

Répartition employeur/salarié

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

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

De la même manière, chaque entreprise reste libre de fixer, à titre plus favorable, un régime conventionnel obligatoire présentant un niveau de garanties plus élevé en choisissant, par exemple, de rendre obligatoire l'adhésion à l'un des régimes surcomplémentaires définis dans le contrat d'assurance cadre.

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

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

Article 8

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

L'adhésion du salarié au régime conventionnel obligatoire et, le cas échéant, à l'une des couvertures optionnelles est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel permettant d'assurer le financement de la couverture.

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

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

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

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

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

Article 9

Rupture du contrat de travail

Article 9.1

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

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

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

- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent article est applicable dans les mêmes conditions :

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

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

Article 9.2

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

L'organisme assureur choisi propose en priorité une couverture frais de santé identique, sans condition de période probatoire, ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les garanties maintenues sont celles dont bénéficiaient le salarié et éventuellement les ayants droit (en application des principes de symétrie et d'automatisme) au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien des garanties visé à l'article 9.1 du présent accord.

La demande de maintien à l'identique doit être adressée directement par l'ancien salarié à l'organisme assureur concerné dans un délai de 6 mois suivant la rupture de son contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties visé à l'article 9.1 du présent accord.

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

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

TITRE IV

ORGANISMES ASSUREURS RECOMMANDÉS

Article 10

Organismes recommandés

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

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

Par conséquent et en application du présent accord, les organismes assureurs recommandés à compter du 1^{er} janvier 2016 sont :

- ALLIANZ et B2V Prévoyance dans le cadre d'une offre commune ;
- MUTEX ;
- UMANENS.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'un des organismes assureurs susvisés devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoit des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime.

Article 11

Durée de la recommandation

Les organismes assureurs susvisés sont recommandés pour couvrir le présent régime de frais de santé pour une durée maximale de 4 ans.

Neuf mois au moins avant l'échéance de cette période, les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables.

TITRE V

GARANTIES COLLECTIVES PRÉSENTANT UN DEGRÉ ÉLEVÉ DE SOLIDARITÉ

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

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

Article 12

Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Article 12.1

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

Dans le cadre de la présente recommandation, il est convenu que 2 % des cotisations acquittées sont affectées au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Article 12.2

Actions prioritaires de la branche

Les partenaires sociaux de la branche conviennent de se réunir pour définir des actions prioritaires de solidarité et/ou de prévention conformément au décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, au plus tard le 30 juin 2016. Ces actions seront élaborées, avec l'appui des organismes assureurs recommandés, en prenant en compte les spécificités particulières de la branche du sport.

Une fois le programme d'actions établies, les organismes assureurs recommandés formaliseront une information complète, chaque année, de la commission paritaire visée au titre VI du présent accord, sur la mise en œuvre de ces actions prioritaires de la branche en matière de solidarité.

TITRE VI

COMMISSION PARITAIRE NATIONALE

Article 13

Création d'une commission paritaire nationale santé

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

Celle-ci est composée de deux représentants de chacune des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche et d'un nombre égal de représentants des organisations d'employeurs représentatifs dans la branche.

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

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

- piloter paritairement, à l'aide des organismes assureurs recommandés et éventuellement d'un actuaire conseil, le régime en assurant la pérennité et l'évolution régulière du dispositif grâce à sa maîtrise technique, la prise en compte des spécificités de la branche, l'optimisation du reste à charge des assurés et la maîtrise de la consommation.

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

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

- faire évoluer à la hausse ou à la baisse les garanties et/ou les tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;
- mettre en place, à l'aide des organismes assureurs recommandés et éventuellement d'un actuaire conseil, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord, en vu notamment d'éviter toute situation de surconsommation ;
- piloter les actions prioritaires relatives au haut degré de solidarité.

Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables.

Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.

Il est convenu que cette commission se réunira, dans la mesure du possible, sur un rythme équivalent à celui de la commission paritaire nationale de prévoyance, soit à raison de deux réunions au moins par an.

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

TITRE VII

DATE D'EFFET. – DURÉE. – RÉVISION DÉNONCIATION. – DÉPÔT

Article 14

Date d'effet. – Durée. – Dépôt

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et des termes de l'article 10 susvisé, le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016.

Principe de délai d'adaptation :

Toutefois, les entreprises à la date de signature du présent accord, ayant déjà mis en place un dispositif de santé devront se mettre en conformité avec le présent accord au plus tard au 1^{er} janvier 2017.

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

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

Il sera communiqué, avec cette demande d'extension, l'ensemble des documents requis par le code de la sécurité sociale, compte tenu de la recommandation d'organismes assureurs visée à l'article 10 du présent accord.

Article 15

Révision. – Dénonciation

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

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

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

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

Fait à Paris, le 6 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

COSMOS ;
CNEA.

Syndicats de salariés :

CFDT ;
CGT-FO ;
CFTC ;
CFE-CGC ;
FNASS.

ANNEXE I

RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ

Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.	
Régime Conventionnel	
HOSPITALISATION - Médicale et chirurgicale	
Frais de séjour	130% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (CAS)	150% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - (hors CAS)	120% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert
Lit d'accompagnement	Non couvert
Transport pris en charge par la SS	100% BR
SOINS MEDICAUX COURANTS	
Visites, consultations de généralistes (CAS)	120% BR
Visites, consultations de généralistes (hors CAS)	100% BR
Visites, consultations de spécialistes (CAS)	150% BR
Visites, consultations de spécialistes (hors CAS)	120% BR
Analyses	100% BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (CAS)	150% BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (hors CAS)	120% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (CAS)	150% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (hors CAS)	120% BR
PHARMACIE	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "majeur ou important"	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "modéré"	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "faible"	
OPTIQUE	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant
Réseau partenaire :	
- Equipement avec 2 verres simples ¹	130 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	260 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	210 €
Hors Réseau :	
- Equipement avec 2 verres simples ¹	110 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	210 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	160 €
Lentilles prises en charge par la SS	Ticket modérateur + 50€/an
Lentilles non prises en charge par la SS	
Lentilles jetables	
DENTAIRE	
Soins dentaires	100% BR
Inlays/Onlays	160% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	160% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	Non couvert
Orthodontie prise en charge par la SS	160% BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	Non couvert
AUTRE	
- Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	130% BR
- Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	
Ostéopathie	Non couvert

¹ "Verre simple" : verre 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

² "Verre complexe" : verre 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 verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

BR (Base de remboursement) : base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie (Sécurité sociale).