

Brochure n° 3301

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 2098. – PRESTATAIRES DE SERVICES**  
**DANS LE DOMAINE DU SECTEUR TERTIAIRE**

ACCORD DU 25 SEPTEMBRE 2015  
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550956M  
IDCC : 2098

PRÉAMBULE

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

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

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

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

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

Il est précisé que la négociation et la conclusion du présent accord ont été réalisées concomitamment à celles qui ont abouti à l'avenant indivisible qui vient compléter le présent avenant au titre de la catégorie objective identifiée par les partenaires sociaux.

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

TITRE I<sup>ER</sup>

**CHAMP D'APPLICATION ET OBJET**

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champ d'application*

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

1. Les entreprises de téléservices qui font pour le compte de leurs clients les travaux de secrétariat, réception ou émission d'appels, télésecrétariat, domiciliation commerciale, bureautique et transfert

de données informatiques et toutes prestations de services nécessaires au bon fonctionnement d'un bureau, d'une entreprise quelle que soit sa nature (commerciale, industrielle, service, profession libérale) et même des particuliers, en utilisant les nouvelles techniques de télécommunications.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- les services d'accueil à caractère événementiel : services d'accueil occasionnels dans le cadre de salons, conventions, colloques ou tout autre événement de relation publique ou commercial. Les services développés intègrent l'ensemble des composantes de l'accueil de réception : gestion de listings, attributions de badges, mallettes, documentation, vestiaire, service voiturier, acheminement de groupes incluant accueil en gare ou en aéroport et visite de sites (ex. : usine ou autre site de production ou de réalisation) ;
- les actions d'animation et de promotion : de l'échantillonnage, distribution, etc., à la promotion des ventes en grands magasins ou GSM dont l'objectif est de faire connaître et de vendre les produits (ou services) du client aux consommateurs sur le lieu de vente.

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

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

et la logistique du matériel d'animation ou de promotion (stockage, expédition, installation et maintenance...) dans le cadre de la prestation ;

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

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

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

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

Ils mettent en jeu quatre composantes majeures :

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

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

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

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

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

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

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

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

Elles sont menées dans tous les réseaux de distribution.

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

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

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

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

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

## **Article 2**

### *Objet*

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

Ce régime collectif et obligatoire comporte les éléments suivants :

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

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

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

## TITRE II

### **COUVERTURE DU SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE**

Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord doivent couvrir, *a minima*, selon les modalités fixées à l'article 7, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre de la couverture du socle conventionnel obligatoire (R1), acte par acte, définie à l'article 4.

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

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

### **Article 3**

#### *Périmètre des bénéficiaires*

#### **Article 3.1**

##### *Caractère collectif*

A l'exception des salariés identifiés comme appartenant à une catégorie objective au sens de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et expressément définis comme tels par voie d'avenant indivisible au présent accord, la couverture du socle conventionnel obligatoire bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises visées à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord, sans sélection médicale préalable.

Les salariés identifiés comme appartenant à une catégorie objective au sens de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et expressément définis comme tels par voie d'avenant indivisible au présent accord bénéficient d'une couverture du socle conventionnel obligatoire propre.

#### **Article 3.2**

##### *Caractère obligatoire*

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

Les salariés identifiés comme appartenant à une catégorie objective au sens de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et expressément définis comme tels par voie d'avenant indivisible au présent accord bénéficient également obligatoirement d'une couverture du socle conventionnel propre.

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

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

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

#### **Article 3.2.1**

##### *Clause d'ancienneté*

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

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

#### **Article 3.2.2**

##### *Dispenses d'adhésion*

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés au présent régime, toutes les dispenses d'adhésion prévues 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 de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense.

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

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

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

Cette demande de dispense doit être formulée dans le mois suivant la mise en place du régime institué par le présent accord. Pour les salariés titulaires de contrats à durée déterminée de très courte durée, la demande de dispense doit intervenir de préférence avant la fin de la mission contractuelle et au plus tard avant l'établissement du bulletin de paie correspondant.

A défaut, les salariés concernés seront affiliés d'office au régime collectif et obligatoire.

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.

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

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

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

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

### **Article 3.3**

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

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

Par ayants droit du salarié, il est entendu :

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 et, s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou ceux de son concubin :

- à charge au sens de la sécurité sociale et âgés de moins de 21 ans (art. L. 313-3, 2°, du code de la sécurité sociale) ;
- âgés de moins de 26 ans et affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
- âgés de moins de 26 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou contrat de professionnalisation) ;
- âgés de moins de 26 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'assurance chômage et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi) ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) avant leur 21<sup>e</sup> anniversaire.

### **Article 4**

#### *Prestations obligatoires minimales*

Les prestations de la couverture du socle obligatoire (R1) 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 que, à titre plus favorable, les entreprises couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer, comme couverture collective et obligatoire, les couvertures optionnelles 1 (R2) ou 2 (R3) visées dans les annexes II et III jointes au présent accord.

Il est entendu qu'une annexe particulière pourra, le cas échéant, être établie pour toute catégorie objective expressément identifiée par voie d'avenant indivisible du présent accord.

## TITRE III

### COUVERTURES OPTIONNELLES

Les entreprises comprises dans le champ du présent accord peuvent proposer, selon les modalités prévues par l'article 7, à tous les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, sous réserve de règles particulières prévues pour toute catégorie objective de salariés identifiée par voie d'avenant indivisible, des couvertures optionnelles définies à l'article 5.

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

#### Article 5

##### *Prestations optionnelles*

Les couvertures optionnelles se déclinent en deux options dénommées option 1 (R2) et option 2 (R3).

Les prestations des options 1 (R2) et 2 (R3) sont mentionnées dans les annexes II et III jointes au présent accord.

Chaque entreprise reste libre, notamment en raison d'un régime préexistant, de rendre obligatoire l'adhésion à l'une de ces options, dans le respect notamment des dispositions des articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Dans cette hypothèse, les ayants droit du salarié définis à l'article 3.3 peuvent adhérer à ces options par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique dans les conditions prévues à l'article 9.

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

- le salarié affilié à l'option 1 (R2), les ayants droit sont affiliés à l'option 1 (R2) ;
- le salarié affilié à l'option 2 (R3), les ayants droit sont affiliés à l'option 2 (R3).

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

#### Article 6

##### *Changement d'option*

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

- passage à un niveau supérieur (du socle obligatoire à l'option 1 ou 2, ou de l'option 1 à l'option 2) :
  - le changement prend effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours ;
  - en cas de changement de situation de famille, sous réserve que le salarié le justifie, le changement prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;
- passage à un niveau inférieur (de l'option 2 à l'option 1 ou de l'option 1 ou 2 au socle obligatoire) :

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

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



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

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

#### TITRE IV

### DISPOSITIONS COMMUNES À LA COUVERTURE DU SOCLE OBLIGATOIRE ET AUX COUVERTURES OPTIONNELLES

#### Article 7

##### *Adhésion à un organisme assureur*

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

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

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

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

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

#### Article 8

##### *Contrat responsable*

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

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

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

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

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

## Article 9

### *Cotisations et répartition*

#### Article 9.1

##### *Cotisations*

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 complété le cas échéant d'avenant indivisible.

Le taux de cotisation applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 est maintenu jusqu'au 31 décembre 2017, soit pour une durée de 2 ans. Il en va de même pour les taux de cotisations arrêtés pour les options 1 et 2.

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

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

#### Article 9.1.1

##### *Cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire (R1)*

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, pour la couverture du socle conventionnel obligatoire (annexe I) du salarié isolé, la cotisation est fixée à hauteur de 0,82 % du PMSS.

Pour la couverture facultative du conjoint ayant droit du salarié couvert au titre du socle conventionnel obligatoire, la cotisation est fixée à hauteur de 0,86 % du PMSS.

Pour la couverture facultative du ou des enfants ayants droit du salarié couvert au titre du socle conventionnel obligatoire, la cotisation est fixée à hauteur de 0,49 % du PMSS.

#### Article 9.1.2

##### *Cotisations au titre des couvertures facultatives et/ou optionnelles*

Par ailleurs, les cotisations pour les couvertures facultatives et/ou optionnelles (annexes II et III) sont fixées en pourcentage du PMSS comme suit :

*(En pourcentage.)*

	SALARIÉ ISOLÉ	CONJOINT	ENFANT
Option 1 (R2)	1,01	1,06	0,56
Option 2 (R3)	1,09	1,14	0,60

#### Article 9.2

##### *Répartition employeur/salarié*

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

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

De la même manière, chaque entreprise reste libre de fixer, à titre plus favorable, un socle conventionnel obligatoire présentant un niveau de garanties plus élevé en choisissant, par exemple, de rendre obligatoire l'adhésion à l'option 1 (R2) ou à l'option 2 (R3).

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

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

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

## **Article 10**

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

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

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

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

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

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

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

## **Article 11**

### *Rupture du contrat de travail*

#### **Article 11.1**

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

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

- le maintien de la couverture est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs

chez le même employeur. Cette durée est par principe, pour les salariés mensualisés en particulier, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;

- le bénéfice du maintien de la couverture est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur au titre du présent accord ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au 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, de la couverture du socle obligatoire à la date de la cessation du contrat de travail ;
- aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement de l'une des couvertures optionnelles à la date de cessation du contrat de travail.

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

## **Article 11.2**

### *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'exams ou questionnaires médicaux, au profit des anciens salariés (bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement) et au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

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

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

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

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

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

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

TITRE V  
**ASSUREUR GESTIONNAIRE RECOMMANDÉ**

**Article 12**

*Clause de recommandation*

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

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

Par conséquent et en application du présent accord, l'organisme assureur recommandé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 est : B2V Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale.

Toute entreprise qui ne serait pas assurée par l'assureur susvisé devra veiller à ce que son contrat d'assurance prévoie des garanties au moins équivalentes à celles prévues par le présent régime pour une répartition de la contribution au moins aussi favorable.

**Article 13**

*Durée de la recommandation*

L'assureur susvisé est recommandé pour couvrir le présent régime de frais de santé pour une durée maximale de 3 ans.

Six mois au moins avant l'échéance de cette période, les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux.

Ce réexamen pourra éventuellement entraîner un changement d'organisme(s) assureur(s) qui s'effectuera, le cas échéant, dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables.

TITRE VI

**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.

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

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

**Article 14**

*Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité*

**Article 14.1**

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

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

## Article 14.2

### *Actions prioritaires de la branche*

Compte tenu des spécificités particulières de la branche des prestataires de services, les signataires ont convenu que les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité seront prioritairement affectées à la mise en œuvre de prestations à caractère non directement contributif bénéficiant principalement aux salariés relevant de la catégorie objective définie par voie d'avenant indivisible.

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

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

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

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

## TITRE VII

### COMMISSION PARITAIRE NATIONALE

#### Article 15

##### *Création d'une commission paritaire nationale de santé*

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

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

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

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

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

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

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

- faire évoluer à la hausse ou à la baisse les garanties et/ou les tarifs, en fonction de l'équilibre financier du régime, de l'existence éventuelle d'excédents ou encore d'évolutions légales ou réglementaires notamment ;
- mettre en place, à l'aide de l'assureur recommandé, tout dispositif de suivi et de contrôle de l'application du présent accord, en vue notamment d'éviter toute situation de surconsommation.

Son fonctionnement est régi conformément aux dispositions conventionnelles applicables.

Elle pourra se doter d'un règlement intérieur.

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

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

Chaque délégation peut se faire assister par un conseiller technique.

## TITRE VIII

### DATE D'EFFET, DURÉE, RÉVISION, DÉNONCIATION, DÉPÔT

#### **Article 16**

##### *Date d'effet, durée et dépôt*

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

Il prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

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

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

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

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

#### **Article 17**

##### *Révision et dénonciation de l'accord*

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

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

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

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

Fait à Paris, le 25 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisations patronales :**

ANCR ;

FIGEC ;

SIST ;

CNET ;

SORAP ;  
SP2C ;  
SYNAPHE ;  
AAEC.

**Syndicats de salariés :**

FNECS CFE-CGC ;  
CSFV CFTC ;  
F3C CFDT.



## ANNEXE I

TABLEAU DES GARANTIES DU SOCLE CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE (R1)

<i>Prestations dans la limite des frais réels</i>	<b>Régime R1</b>
<b>HOSPITALISATION - Médicale et chirurgicale</b>	
Frais de séjour	110% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée
Forfaits actes lourds	
Chambre particulière	
Chambre particulière ambulatoire	
Lit d'accompagnement	
Transport pris en charge par la SS	100% BR-SS
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS</b>	
Visites, consultations de généralistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Visites, consultations de généralistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Analyses	100% BR-SS
Radiologie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Radiologie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Auxiliaires médicaux	100% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
<b>PHARMACIE</b>	
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR-SS
Pharmacie remboursées à 30%	100% BR-SS
Pharmacie remboursées à 15%	100% BR-SS
<b>OPTIQUE</b>	<b>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</b>
Montures adultes	Forfait de 10% PMSS par an et par bénéficiaire
Verres simples adultes	
Verres complexes adultes	
Verres très complexes adultes	
Montures enfants	
Verres simples enfants	

Verres complexes et très complexes enfants	
Lentilles prises en charge par la SS	
Lentilles non prises en charge par la SS	
Lentilles jetables	
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires	100% BR-SS
Inlays/Onlays	125% BR-SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	125% BR-SS
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	
Implantologie	
Orthodontie prise en charge par la SS	125% BR-SS
Orthodontie non prise en charge par la SS	
<b>AUTRE</b>	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	200% BR-SS
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	120% BR-SS
Forfait par enfant déclaré (maternité)	
<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale prise en charge par la SS	
<b>MEDECINE DOUCE</b>	
Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture	
<b>ACTES DE PREVENTION</b>	
Détartrage complet, 2 séances maxi par an	100% BR-SS
Dépistage des troubles de l'audition	100% BR-SS
Vaccins prescrits mais non pris en charge par la SS	

## ANNEXE II

### TABLEAUX DES GARANTIES OPTION 1 (R2)

<i>Prestations dans la limite des frais réels</i>	<b>Régime R2</b>
<b>HOSPITALISATION - Médicale et chirurgicale</b>	
Frais de séjour	110% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée
Forfaits actes lourds	
Chambre particulière	
Chambre particulière ambulatoire	
Lit d'accompagnement	
Transport pris en charge par la SS	100% BR-SS
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS</b>	
Visites, consultations de généralistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Visites, consultations de généralistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Analyses	100% BR-SS
Radiologie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Radiologie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Auxiliaires médicaux	100% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
<b>PHARMACIE</b>	
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR-SS
Pharmacie remboursées à 30%	100% BR-SS
Pharmacie remboursées à 15%	100% BR-SS
<b>OPTIQUE</b>	<b>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</b>
Montures adultes	Forfait de 10% PMSS par an et par bénéficiaire
Verres simples adultes	
Verres complexes adultes	
Verres très complexes adultes	
Montures enfants	

Verres simples enfants	
Verres complexes et très complexes enfants	
Lentilles prises en charge par la SS	
Lentilles non prises en charge par la SS	
Lentilles jetables	
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires	100% BR-SS
Inlays/Onlays	125% BR-SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	225% BR-SS
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	
Implantologie	
Orthodontie prise en charge par la SS	165% BR-SS
Orthodontie non prise en charge par la SS	
<b>AUTRE</b>	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	200% BR-SS
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	120% BR-SS
Forfait par enfant déclaré (maternité)	
<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale prise en charge par la SS	
<b>MEDECINE DOUCE</b>	
Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture	
<b>ACTES DE PREVENTION</b>	
Détartrage complet, 2 séances maxi par an	100% BR-SS
Dépistage des troubles de l'audition	100% BR-SS
Vaccins prescrits mais non pris en charge par la SS	

## ANNEXE III

TABLEAU DES GARANTIES OPTION 2 (R3)

<i>Prestations dans la limite des frais réels</i>	Régime R3
<b>HOSPITALISATION - Médicale et chirurgicale</b>	
Frais de séjour	110% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée
Forfaits actes lourds	
Chambre particulière	
Chambre particulière ambulatoire	
Lit d'accompagnement	
Transport pris en charge par la SS	100% BR-SS
<b>SOINS MEDICAUX COURANTS</b>	
Visites, consultations de généralistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Visites, consultations de généralistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Analyses	100% BR-SS
Radiologie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Radiologie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
Auxiliaires médicaux	100% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	120% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS
<b>PHARMACIE</b>	
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR-SS
Pharmacie remboursées à 30%	100% BR-SS
Pharmacie remboursées à 15%	100% BR-SS
<b>OPTIQUE</b>	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
Montures adultes	Forfait de 10% PMSS par an et par bénéficiaire
Verres simples adultes	
Verres complexes adultes	
Verres très complexes adultes	
Montures enfants	

Verres simples enfants	
Verres complexes et très complexes enfants	
Lentilles prises en charge par la SS	
Lentilles non prises en charge par la SS	
Lentilles jetables	
<b>DENTAIRE</b>	
Soins dentaires	100% BR-SS
Inlays/Onlays	125% BR-SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	320% BR-SS
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	
Implantologie	
Orthodontie prise en charge par la SS	200% BR-SS
Orthodontie non prise en charge par la SS	
<b>AUTRE</b>	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	200% BR-SS
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	120% BR-SS
Forfait par enfant déclaré (maternité)	
<b>CURE THERMALE</b>	
Cure thermale prise en charge par la SS	
<b>MEDECINE DOUCE</b>	
Ostéopathie - Chiropractie - Acupuncture	
<b>ACTES DE PREVENTION</b>	
Détartrage complet, 2 séances maxi par an	100% BR-SS
Dépistage des troubles de l'audition	100% BR-SS
Vaccins prescrits mais non pris en charge par la SS	

ANNEXE  
PROTOCOLE TECHNIQUE ET FINANCIER

---

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

L'ANCR ;  
La FIGEC ;  
Les SIST ;  
Le SYNAPHE ;  
Le SP2C ;  
Le SNPA ;  
Le SORAP ;  
La CNET ;  
L'AAEC,  
dénommées ensemble « les organisations patronales »,  
et

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

La F3C CFDT ;  
La FNECS CFE-CGC ;  
La CSFV CFTC ;  
La FSE CGT ;  
La FEC FO,  
dénommées ensemble « les organisations syndicales » et collectivement avec les organisations patronales, « les partenaires sociaux »,  
et

B2V Prévoyance,  
dénommé « l'assureur ».

CHAPITRE I<sup>ER</sup>  
OBJET

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

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

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

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

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

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

## CHAPITRE II

### MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT DES COMPTES DE RÉSULTATS

#### **Article 1<sup>er</sup>**

##### *Présentation des comptes de résultats « comptables »*

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

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

Les comptes de résultats seront établis selon les dispositions suivantes :

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

#### **Article 1.1**

##### *Présentation des comptes de résultats*

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

Au crédit :

- les cotisations brutes afférentes à l'exercice, encaissées pendant l'exercice N et encaissées ou à encaisser en N + 1, y compris les cotisations, éventuellement non appelées, qui seraient prélevées sur la réserve générale ;
- la régulation au titre des cotisations antérieures à l'exercice N encaissées en N ;
- les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice N – 1.

Au débit :

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

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

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

De ce solde, sont ensuite le cas échéant déduits :

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

#### **Article 1.2**

##### *Composition du compte de résultats*

#### **Article 1.2.1**

##### *Cotisations brutes de l'exercice*

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



### **Article 1.2.2**

#### *Taxes en vigueur*

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

### **Article 1.2.3**

#### *Frais de chargement*

Il s'agit des frais de chargement contractuels appliqués sur les cotisations nettes de taxes de l'exercice N.

Le niveau des frais de chargement est fixé à l'article 5.

### **Article 1.2.4**

#### *Financement des frais de solidarité*

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

### **Article 1.2.5**

#### *Prestations payées de l'exercice*

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

### **Article 1.2.6**

#### *PPAP (provisions pour prestations à payer)*

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

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

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

### **Article 1.2.7**

#### *Report de perte non amortie N – 1*

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

### **Article 1.2.8**

#### *Intérêts débiteurs*

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

### **Article 1.2.9**

#### *Solde au 31 décembre N*

Quatre-vingt-dix pour cent du solde créditeur sont dotés à la réserve générale.

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

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

## **Article 2**

### *Présentation et composition de la réserve générale*

#### **Article 2.1**

##### *Présentation de la réserve générale*

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

Au crédit :

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

Au débit :

- les prélèvements de l'exercice.

#### **Article 2.2**

##### *Composition de la réserve générale*

##### **Article 2.2.1**

###### *Solde au 1<sup>er</sup> janvier N*

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

##### **Article 2.2.2**

###### *Produits financiers*

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

##### **Article 2.2.3**

###### *Alimentation*

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

##### **Article 2.2.4**

###### *Prélèvements*

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

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

##### **Article 2.2.5**

###### *Solde au 31 décembre N*

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

#### **Article 2.3**

##### *Sort de la réserve générale en cas de dépassement*

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

### **Article 3**

#### *Présentation et composition du fonds de solidarité*

#### **Article 3.1**

##### *Fonctionnement du fonds de solidarité*

##### **Article 3.1.1**

###### *Objet*

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

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

##### **Article 3.1.2**

###### *Bénéficiaires*

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

#### **Article 3.2**

##### *Présentation du fonds de solidarité*

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

Au crédit :

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

Au débit :

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

#### **Article 3.3**

##### *Composition du fonds de solidarité*

##### **Article 3.3.1**

###### *Solde au 1<sup>er</sup> janvier N*

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

##### **Article 3.3.2**

###### *Produits financiers*

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

##### **Article 3.3.3**

###### *Alimentation*

Le fonds de solidarité est crédité de 2 % des cotisations concernées nettes de taxes et de charge-ments.

##### **Article 3.3.4**

###### *Prélèvements*

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

### **Article 3.3.5**

#### *Solde au 31 décembre N*

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

### **Article 4**

#### *Présentation des comptes de résultats techniques*

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

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

#### **Article 4.1**

##### *Cotisations (A)*

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

#### **Article 4.2**

##### *Charge des prestations (B)*

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

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

#### **Article 4.3**

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

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

### **Article 5**

#### *Taux de prélèvement de gestion*

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

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

### **Article 6**

#### *Reporting*

##### Eléments portant sur la population couverte

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

##### Eléments annuels des prestations

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

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

##### Analyses complémentaires

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

## **Article 7**

### *Cessation des comptes*

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

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