

Convention collective nationale de la Restauration rapide

Accord collectif

Instituant une obligation conventionnelle de mettre en place un régime complémentaire de remboursement des frais de santé pour les entreprises de la restauration rapide

Préambule

Par avenant n°43 du 24 janvier 2011, les parties signataires ont exprimé leur volonté commune de mettre en place un régime collectif et obligatoire de couverture complémentaire frais de santé. Des négociations se sont engagées avec pour objectif de :

- définir le niveau des prestations dont bénéficient les salariés de la branche, en matière de remboursement de frais de santé ;
- déterminer la répartition des cotisations destinées au financement des garanties entre l'employeur et le salarié ;
- permettre aux entreprises de la branche de contracter auprès des organismes assureurs de leur choix, pour couvrir les garanties définies dans le présent accord ;

Les partenaires sociaux ont ainsi élaboré et conclu le présent accord afin d'améliorer la protection sociale complémentaire des salariés de la branche.

Article 1 : Objet

Le présent accord a pour objet de rendre obligatoire, pour les entreprises entrant dans son champ d'application, la mise en place d'un régime collectif de remboursement de frais de santé complémentaire au régime de la Sécurité sociale, au profit des salariés définis à l'article 2.

Les entreprises étudieront la possibilité d'étendre la couverture de remboursement de frais de santé aux ayants droit du salarié.

L'extension de la couverture aux ayants droit du salarié, financée pour partie par l'employeur devra obligatoirement être formalisée selon l'une des procédures visées à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale, ceci afin de ne pas remettre en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du régime de remboursement de frais de santé.

Article 2 : Champ d'application

2.1 : Entreprises concernées

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises dont l'activité principale relève du champ d'application géographique et professionnel de la convention collective nationale de la Restauration rapide du 18 mars 1988 (étendue par arrêté du 24 novembre 1988, J.O. du 13 décembre 1988 ; élargie au secteur de la restauration livrée par arrêté du 7 décembre 1993, J.O. du 16 décembre 1993) modifiée en dernier lieu par l'avenant n° 29 du 22 juin 2001, ayant élargi le champ à la restauration livrée (étendu par arrêté du 9 octobre 2001, J.O. du 18 octobre 2001).

2.2 : Salariés bénéficiaires

Bénéficiaire du régime de remboursement de frais de santé les salariés ayant plus de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

Toutefois, les entreprises qui, à la date de publication du décret n°2012-25 du 9 janvier 2012, ont déjà mis en place un régime de remboursement de frais de santé conforme au présent accord, pourront maintenir une condition d'ancienneté supérieure à six mois sans pour autant excéder douze mois, dans le cadre de la période transitoire prévue à l'article 2 du décret précité.

Les parties signataires conviennent de la mise en place d'un délai de carence de six mois, à compter de l'admission au bénéfice du régime de frais de santé, au titre des frais d'optique et de dentaire définis à l'article 4.

2.3 : Salariés dont le contrat de travail est suspendu

Le bénéfice du régime de remboursement de frais de santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- soit d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Le bénéfice du régime de remboursement des frais de santé est également maintenu aux salariés en congé maternité, congé paternité ou congé d'adoption qui en font la demande par écrit dans le mois qui précède la suspension du contrat de travail.

Dans ces différents cas de suspension du contrat de travail, la répartition de la cotisation est identique à celle prévue pour les salariés en activité, conformément à l'article 5 du présent accord.

Le bénéfice du régime de remboursement de frais de santé est également maintenu pendant les trois premières années du congé parental d'éducation, sous réserve que le salarié en fasse la demande dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail à ce titre et s'acquitte de l'intégralité de la cotisation (part patronale et salariale).

En dehors de ces hypothèses, les garanties sont suspendues, sans préjudice de la possibilité pour les entreprises qui le souhaitent d'organiser le maintien des garanties.

2.4 : Anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et bénéficiaires de l'assurance chômage

Les entreprises devront mettre en œuvre l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008, dernièrement modifié par un avenant n°3 du 18 mai 2009, relatif au dispositif de « portabilité », permettant aux anciens salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien de la couverture de frais de santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article 14 de l'ANI modifié, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par les dispositions interprofessionnelles.

Dans ce cadre, les entreprises auront le choix entre :

- le financement du dispositif par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité ;
- le financement conjoint du dispositif par l'ancien salarié et l'ancien employeur.

Article 3 : Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés visés à l'article 2.2 au régime est obligatoire.

Toutefois, les parties signataires du présent accord entendent permettre aux entreprises de la branche de mettre en œuvre les dispenses d'affiliation prévues par le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012 et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale attachée au financement patronal du régime de remboursement de frais de santé, au profit :

- des 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 Code de la sécurité sociale et des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, ces salariés doivent formuler leur demande de dispense d'affiliation par écrit.

Les entreprises qui souhaitent appliquer tout ou partie de ces dérogations au caractère obligatoire de l'adhésion des salariés devront formaliser leur volonté selon l'une des procédures visées à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire, par un accord collectif, un accord référendaire ou une décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chaque salarié concerné).

A défaut, l'ensemble des salariés visés à l'article 2.2 seront tenus d'adhérer au régime à l'exception des salariés suivants qui ont, en application du présent accord et conformément au décret précité, la faculté de ne pas adhérer à condition que cette dispense ne porte pas atteinte à l'obligation de cotisation, égale à 1,50% de la tranche A, issue de l'article 7 de la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 pour le personnel relevant des articles 4, 4bis et de l'annexe IV de la Convention :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de « remboursement de frais de santé » ;
- les salariés à temps partiel et apprentis, dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

Les salariés concernés devront formuler leur demande de dispense par écrit, auprès de leur employeur, dans les quinze jours qui suivent la mise en place du régime ou la date à laquelle ils acquièrent l'ancienneté requise.

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

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En cas de changement des dispositions légales ou réglementaires ainsi que de la doctrine fiscale ou sociale sur ces cas de dérogations au caractère obligatoire du régime expressément mentionnés dans le présent accord, ces modifications s'appliqueront automatiquement, de telle sorte que le système de garanties puisse continuer à être éligible aux avantages fiscaux et sociaux accordés par la loi.

Article 4 : Prestations

Le présent accord rend obligatoire, pour les entreprises entrant dans son champ d'application, la souscription d'un contrat de garanties collectives auprès d'un organisme assureur habilité de leur choix.

Ce contrat doit être conforme aux exigences posées par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux « contrats responsables » et les décrets pris pour son application, et notamment prévoir :

- les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant ;
- la prise en charge de deux des prestations de prévention figurant sur la liste définie par l'arrêté du 8 juin 2006 ;
- la non prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés et de la majoration de participation du patient en cas de non respect du parcours de soins coordonnés ;
- la non prise en charge de la participation forfaitaire et des franchises médicales respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale dont les montants sont fixés par décret.

Ce contrat doit couvrir les garanties à un niveau, ligne à ligne, au moins égal à celui défini dans le tableau ci-après.

Ces garanties donnent lieu à un remboursement qui vient en complément des prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale, dans la limite du reste à charge acte par acte (hors pénalités, franchises et contributions) :

- ∞ soit sur la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale (BR)
- ∞ soit en frais réels sous déduction des prestations de Sécurité sociale (FR)
- ∞ soit selon un remboursement forfaitaire exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité social (PMSS)
- ∞ soit en pourcentage du ticket modérateur défini comme la différence entre la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire ou d'une franchise) (TM)

La modification des prestations en nature de la Sécurité sociale est sans effet sur les garanties minimales du présent accord qui ne peuvent être modifiées que par avenant.

GARANTIES

PRINCIPALES GARANTIES	REMBOURSEMENTS (HORS ALSACE-MOSELLE)	
	SECURITE SOCIALE REGIME GENERAL	COMPLEMENTAIRE FRAIS DE SANTE
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE Frais et honoraires chirurgicaux Frais de séjour Forfait hospitalier jour Chambre particulière Frais de lit d'accompagnant (enfant < 15 ans)	80% - - -	20% de la BR 100% des FR 1,3% PMSS / jour dans la limite de 8 jours / hospitalisation 0,5% PMSS / jour dans la limite de 8 jours
MEDECINE COURANTE - Consultations, Visites de généralistes et spécialistes - Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux - Analyses médicales - Radiologie - Auxiliaires médicaux - Orthopédie et prothèses autres que dentaires	70% 70% 60% 70% 60% 60%	30% de la BR 30% de la BR 40% de la BR 30% de la BR 40% de la BR 40% de la BR
TRANSPORT accepté par SS	65%	35%
PHARMACIE - Vignette bleue - Vignette blanche	30% 65%	100% du TM 100% du TM
DENTAIRE * - Soins dentaires - Prothèses dentaires prises en charge par la SS	70% 70%	30% de la BR 200% de la BR

<p>OPTIQUE *</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monture - Verres - Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables) 	<p>60% } 60% }</p>	<p>Forfait tous les 2 ans 6% PMSS</p>
<p>ACTES DE PREVENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au minimum 2 actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la SS** (liste fixée par l'arrêté du 8/6/2006) <ul style="list-style-type: none"> . Détartrage annuel complet; . Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans (dentaire); . Bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans; . Dépistage de l'hépatite B; . Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans; . Acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans; . Les vaccinations (Diphtérie, tétanos et poliomyélite ; Coqueluche avant 14 ans ; Hépatite B avant 14 ans ; BCG avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives - Autres*** (pilules contraceptives, patch tabac...) 		<p>Pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du TM</p>

*Un délai de carence de six mois est appliqué au titre des frais dentaires et d'optique, ceci à compter de l'admission d'un affilié au bénéficiaire du régime frais de santé. Ces frais exposés par l'affilié durant cette période ne sont donc pas pris en charge par le régime frais de santé.

**Le choix doit être fait par l'entreprise et figurer dans le contrat d'assurance

***Le choix d'un « autre » acte ne libère pas l'employeur de choisir deux actes de prévention dans la liste obligatoire

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie d'Alsace – Moselle, le niveau des prestations est ajusté, afin de garantir un niveau de couverture globale,, (comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire), identique à celui des salariés relevant du régime général de la sécurité sociale.

Le contrat de garanties collectives souscrit par l'entreprise doit prévoir, conformément à l'article 4 de la Loi Evin, les modalités et conditions tarifaires selon lesquels l'organisme assureur maintient cette couverture 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, sans condition de durée ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès (si la couverture bénéficie aux ayants droit).

Article 5 : Cotisations

Les cotisations servant au financement des garanties définies au présent accord sont prises en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- Part patronale : 50 %
- Part salariale : 50 %

Article 6 : Délai de mise en œuvre de la couverture frais de santé

6.1 : Cas général

Les entreprises disposeront d'un délai maximum de 6 mois à compter de la date d'effet du présent accord, pour souscrire un contrat de garanties collectives conforme à celui-ci.

Toutefois, celles qui auraient antérieurement souscrit un contrat couvrant des prestations de même nature auront l'obligation, si nécessaire, de mettre leurs garanties à niveau conformément à l'article 4, dans les 12 mois suivant la date d'effet du présent accord.

6.2 : Entreprises entrant nouvellement dans le champ d'application de l'accord

Les entreprises entrant nouvellement dans le champ d'application défini à l'article 2 disposeront d'un délai maximum de 6 mois, pour se mettre en conformité avec le présent accord.

Article 7 : Information

Les entreprises doivent remettre à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

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

Au-delà, les employeurs pourront également procéder à l'affichage du tableau des garanties à l'intérieur des locaux de travail.

Article 8 : Mise en place d'un observatoire

Il est créé un observatoire « complémentaire santé » dans la branche de la Restauration rapide.

Il est composé de :

- ∞ un titulaire et un suppléant par organisation syndicale de salariés représentative au sens de la loi et signataire du présent accord,
- ∞ un nombre égal de représentants des organisations professionnelles d'employeurs signataires du présent accord.

Cet observatoire se réunit autant de fois que de besoin et au moins une fois par an. Il s'adjoindra les services d'un ou plusieurs experts désignés conjointement.

Les parties conviennent de mettre à l'ordre du jour de la première réunion de l'observatoire l'établissement d'un règlement intérieur régissant son fonctionnement.

L'observatoire aura pour objet :

- ∞ l'analyse des conditions de souscription
- ∞ l'analyse des résultats, anonymes et consolidés, de la profession en matière d'assurance complémentaire frais de santé
- ∞ l'étude de l'évolution dans le temps de ces résultats

en vue d'informer, chaque année, la commission mixte paritaire de l'application du présent accord et, le cas échéant, de lui proposer des aménagements à apporter à ces dispositions.

Article 9 : Hiérarchie :

Les parties signataires conviennent qu'il ne pourra être dérogé aux dispositions du présent accord que dans un sens plus favorable pour les salariés.

Article 10 : Durée - Révision - Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet le premier jour du mois qui suivra la publication au Journal Officiel de l'arrêté d'extension.

Il pourra, à tout moment, être modifié ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L.2261-7 et 8 et L.2261-9 à 12 du Code du travail.

Conformément à l'article L.2261-7 du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont la faculté de le modifier.

La demande de révision, qui peut intervenir à tout moment à l'initiative de l'une des parties signataires, doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunira alors dans un délai qui ne pourra excéder 2 mois à compter de la réception de cette demande afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un avenant de révision.

Si les modifications proposées ne font pas l'objet d'un accord sous forme d'avenant, l'accord reste en l'état.

Conformément à l'article L.2261-9 du Code du travail, les parties signataires du présent accord ont également la possibilité de le dénoncer moyennant un préavis de trois mois

La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément à l'article L.2261-9 du Code du travail.

L'ensemble des partenaires sociaux se réunit alors dans le délai de 3 mois suivant la notification de la dénonciation afin d'envisager l'éventuelle conclusion d'un accord de substitution à l'issue du délai de préavis.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du préavis de trois mois.

Article 11 : Dépôt et extension

Le présent accord fera l'objet des mesures de dépôt et de publicité en vigueur.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord, conformément à l'article L.911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 3 février 2012

Signataires : SNARR

CFTC CSFV

CGT Fédération du Commerce

FGTA-FO

INOVA CFE/CGC