Circulaire AS N° 01.16
du 11/01/16

Avenant n° 3 du 26/10/15 à l'accord collectif du 6/10/10 relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé dans la branche des HCR

Nouvelles règles au 1er janvier 2016

1°) Rappel : application de l'accord collectif du 06/10/10

Par accord collectif du 6 octobre 2010, les partenaires sociaux ont instauré un régime frais de santé dans la branche des Hôtels, Cafés, Restaurants à caractère collectif et à adhésion obligatoire *(cf. circulaire Affaires sociales n°33.10 du 30/12/10).*

Ce régime a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des remboursements de frais de santé complémentaires à ceux de la sécurité sociale ainsi que des actions de prévention.

Il est applicable depuis le 1er janvier 2011. Ainsi, depuis cette date, les employeurs du secteur sont tenus d'adhérer au régime frais de santé et d'y affilier la totalité de leurs salariés (sous certaines conditions).

Cette affiliation doit s'effectuer auprès de l'organisme assureur désigné par l'article 2 de l'accord collectif susvisé, à savoir : « HCR Santé » (avec comme assureurs : Audiens, Klésia et Malakoff Médéric). C'est ce qu'on appelle une « **clause de désignation** ».

Or, par une décision CD n° 2013-672 du 13 juin 2013, le Conseil Constitutionnel déclare les clauses de désignation contraire à la Constitution.

En effet, lors de l'examen de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, qui généralise la complémentaire santé à tous les salariés au 1er janvier 2016, le Conseil Constitutionnel met fin à la clause de désignation.

Néanmoins, il précise que cette inconstitutionnalité ne prend effet qu'au moment du renouvellement quinquennal des accords en cours et qu'elle ne met pas fin aux contrats en cours *(cf. circulaire Affaires sociales n°28.14 – n°19/09/14).*

Ainsi, en application de la décision du Conseil Constitutionnel, les dispositions de l'article 2 de l'accord de branche du 6 octobre 2010 relatives à la clause de désignation cesseront de produire effet au 1er janvier 2016.

2°) Nouveauté : signature d'un avenant à l'accord collectif

Pourquoi un avenant ?

Compte tenu de la décision du Conseil Constitutionnel du 13 juin 2013 remettant en cause les clauses de désignation et des nouvelles dispositions légales et règlementaires sur les contrats solidaires et responsables applicables à partir du 1er janvier 2016, **il convenait en conséquence de réviser les garanties conventionnelles actuellement en vigueur, et ce afin :**

- **D'une part, qu'elles soient compatibles avec les nouvelles dispositions légales,**
- **Et d'autre part, que les avantages fiscaux et sociaux attachés à ce type de contrat soient maintenus.**

De plus, il résulte de l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale et de son décret d'application (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014), applicable au 1er janvier 2016, que les dispositions conventionnelles ne peuvent être inférieures au « panier de soins minimal » dont doivent bénéficier les salariés. **Sur ce point, il convenait également d'adapter les garanties du régime conventionnel.**

En conséquence, les partenaires sociaux de la branche ont signé le 26 octobre 2015 un avenant n° 3 à l'accord collectif du 6 octobre 2010 relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé dans la branche des Hôtels, Cafés, Restaurants.

Cet avenant a été signé par l'ensemble :
- des organisations syndicales : FO, CGT, CGC, CFDT et CFTC ;
- et patronales : UMIH, GNC, CPIH, FAGIHT, SYNHORCAT (à l'exception du SNRTC).

Par ce texte, les partenaires sociaux s'engagent pour la profession avec une prise de décisions significatives. Ils :

- confirment la baisse de la cotisation frais de santé à 28 € par mois **applicable** depuis le **1er juillet 2015** et ce jusqu'au **31 décembre 2018 (soit une garantie de 3 ans)** ;

- adaptent les garanties du régime conventionnel au regard des dispositions légales et réglementaires sur les contrats solidaires et responsables et du « panier de soins minimal » ;

- entendent, pour les saisonniers, prendre certaines mesures favorisant notamment la portabilité : doublement des droits à la portabilité à compter du 1er janvier 2016 ;

- souhaitent répondre aux attentes que les entreprises et les salariés ont exprimées concernant l'amélioration de certains niveaux de prestations et le financement.

Entrée en vigueur de l'avenant n° 3 :
Cet avenant vient d'être étendu par arrêté ministériel du 21 décembre 2015, publié au Journal Officiel du 24 décembre 2015.

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

En conséquence, l'avenant n° 3 du 26/10/15 à l'accord collectif du 6/10/10 relatif au régime de frais de santé devient applicable, obligatoirement, à l'ensemble de la profession à compter du 1er janvier 2016.

En effet, l'extension a pour objet de rendre obligatoire cet avenant pour tous les employeurs et salariés compris dans le champ d'application dudit avenant.

Attention :

L'arrêté d'extension du 21 décembre 2015 prévoit une exclusion et une réserve concernant deux articles de l'avenant n° 3 du 26 octobre 2015.

- L'exclusion concerne l'article 4 :

Contrairement au souhait des partenaires sociaux d'intégrer les discothèques dans le champ d'application, l'arrêté d'extension les a exclues. **Les discothèques n'entrent donc pas dans le champ d'application de l'avenant n° 3**. En conséquence, les discothèques continuent d'appliquer volontairement les accords HCR.

- La réserve porte sur l'alinéa 2 de l'article 23 :

Cet alinéa prévoit que l'avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des parties signataire. Or, l'article L 2231-5 du Code du travail dispose que la partie la plus diligente des organisations signataire d'une convention ou d'un accord en notifie le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature Par conséquent, l'alinéa 2 de l'article 23 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L 2231-5 du Code du travail. **Nous vous confirmons que cette procédure a bien été respectée.**

Présentation de l'avenant n° 3 du 26/10/15

Présentation du contenu de l'avenant n°3 du 26/10/15 à l'accord de branche du 06/10/10

Dispositions issues de l'avenant applicables au 1er janvier 2016		*Commentaires*
Objet du régime (article 1)	Il a pour objet de définir les garanties **collectives** et **obligatoires** de remboursements complémentaires de frais de santé dont bénéficient les salariés définis par l'avenant n° 3 *(voir ci-dessous, page 5)* et d'organiser les modalités de leur financement. De plus, il est précisé que **les entreprises doivent respecter l'intégralité des dispositions** prévues par l'avenant n° 3 et **qu'aucun système de garanties** ne peut avoir pour effet de **déroger aux dispositions** dudit avenant **de manière moins favorables aux salariés.** Les entreprises **doivent également** respecter les **actions de préventions** contenues dans l'avenant n° 3.	*Ces dispositions remplacent celles prévues par l'article 1 de l'accord du 06/10/10*
Assurance et gestion collective (article 2)	En application de la décision du Conseil Constitutionnel, l'article 2 de l'avenant n° 3 **supprime** les dispositions de l'article 2 de l'accord du 06/10/10 relative à la clause de désignation qui prévoyait notamment comme assureurs : Audiens, Klésia et Malakoff Médéric. *Pour de plus amples informations : se reporter à la partie « adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel » ci-dessous.*	
Champ d'application de l'accord (article 3 et 4)	Entrent dans le champ d'application de l'avenant n° 3 **l'ensemble des salariés** et les salariés embauchés sous **contrat de formation en alternance** des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des HCR en date du 30 avril 1997. Les partenaires sociaux ont également convenus d'inclure dans ce champ d'application, les **discothèques.** *Cependant, **l'arrêté d'extension exclut les discothèques** du champ d'application de l'accord frais de santé.*	*Le champ d'application demeure le même que celui prévu par l'accord de branche du 06/10/10.*

Champ d'application de l'accord (article 3 et 4 - suite)	*Toutefois, nous tenons à les informer qu'au 1er janvier 2016, toutes les entreprises devront proposer à l'ensemble de leurs salariés une couverture obligatoire et collective de remboursement des frais de santé devant remplir les exigences légales et règlementaires notamment liées à l'exonération de cotisations dont bénéficient la contribution patronale.* ***En conséquence, nous recommandons aux discothèques d'appliquer volontairement les accords HCR, dont l'avenant n° 3 sur les frais de santé qui leur permettra de remplir leur obligation légale en la matière**.*	
Adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel (article 5)	A compter du 1er janvier 2016, toute entreprise relevant du champ d'application susvisé doit souscrire un contrat auprès d'un **organisme assureur habilité** en vue de procurer aux **salariés définis par l'avenant** (voir ci-après) les prestations d'assurance **définies conventionnellement**. Il en résulte, qu'à partir du 1er janvier 2016, l'employeur a le choix de l'organisme assureur. **Toutefois, les partenaires sociaux recommandent vivement aux entreprises de continuer d'adhérer auprès d'HCR Santé**. **Pourquoi ?** Cette adhésion vous permet de bénéficier de la mutualisation du régime et de la garantie d'une pérennisation du montant de la cotisation. **Par ailleurs, nous attirons l'attention des professionnels sur le fait** : → qu'il n'est plus possible de résilier les contrats d'assurance souscrits auprès d'HCR et ce depuis le 1er novembre 2015. En effet, cette possibilité n'était offerte que jusqu'au 31 octobre 2015, compte tenu du délai de préavis à respecter de 2 mois. Passé ce délai, le contrat est reconduit pour une année. → que tout contrat doit respecter au minimum l'intégralité des dispositions de l'avenant n° 3 ainsi que les actions de préventions conventionnellement prévues (comme indiqué plus haut) **et** couvrir l'ensemble des salariés visés par ledit avenant.	*Ces dispositions se substituent à celles prévues par l'article 4 de l'accord du 6/10/10.*
Salariés bénéficiaires du régime (article 6)	**Bénéficiaires :** Sauf cas de dispense, bénéficie obligatoirement des garanties conventionnelles : - l'ensemble du personnel, c'est-à-dire tous les salariés quel que soit leur statut (cadre ou non-cadre) et quelle que soit la nature du contrat de travail et sa forme (temps complet, temps partiel, CDI, CDD, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation…) ;	*Les présentes dispositions **remplacent** celles de l'article 5 de l'accord du 06/10/10.*

Salariés bénéficiaires du régime (article 6, suite)	- des entreprises relevant du champ d'application de l'avenant n° 3 ; - et ayant au moins un mois civil entier d'emploi dans une même entreprise. Tout comme dans l'accord de 2010, les partenaires sociaux ont souhaité maintenir la condition d'ancienneté d'un mois pour bénéficier du régime. **Cependant**, la Direction de la Sécurité Sociale attire l'attention des partenaires sociaux sur le fait, qu'à compter du 1er janvier 2016, tous les salariés devront bénéficier d'une complémentaire santé et que les entreprises ne pourront pas instaurer une clause d'ancienneté et ce au regard des dispositions de l'article L 911-7 du Code de la sécurité sociale (applicables au 1er janvier 2016). *En effet, l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale, qui entrera en vigueur le 1er janvier 2016, impose aux entreprises de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire frais de santé. Tous les salariés sont visés quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise ou dans la branche.* *Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de cet l'article fixe seulement les catégories de salariés pouvant être dispensés, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire.* **Par conséquent, à compter du 1er janvier 2016, il n'est plus possible d'instaurer une clause d'ancienneté dans le régime**. **En d'autres termes, au 1er janvier 2016, la condition d'ancienneté d'un mois ne peut plus s'appliquer.** **Dispenses d'affiliation :** Néanmoins, afin d'anticiper cette situation, les partenaires sociaux ont revus les cas de dispense afin d'y intégrer notamment le cas des CDD de courte durée. ►Ainsi, désormais, peuvent être dispensé d'adhésion les situations limitativement énumérées ci-après : - **les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée n'excédant pas un mois de date à date ;** - **les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire** (CMU-C) ; - **les salariés à temps partiel et apprentis qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10% de la rémunération brute.**	⚠ *A compter du 1er janvier 2016, les extras ne seront plus automatiquement exclus du régime (comme c'était le cas jusqu'au 31 décembre 2015), mais ils devront, désormais, demander à être dispenser d'adhésion.* *A défaut, ils devront être affiliés au régime frais de santé.*

Salariés bénéficiaires du régime (article 6, suite)	►**Conditions à remplir :** Le salarié qui souhaite bénéficier de cette dispense **doit en faire la demande écrite auprès de l'employeur**, accompagnée des pièces justifiant du fait qu'il est couvert par ailleurs, lorsque cette condition supplémentaire est requise. De plus, la demande de dispense doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.	
Date d'effet des garanties (article 7)	Pour les salariés bénéficiaires, les garanties prennent effet, selon le cas, à : - la **date d'embauche,** - la **date à laquelle le salarié cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation,** le cas échéant.	*Ces dispositions se substituent à celles fixées par l'accord du 06/10/10*
Période de suspension du contrat de travail (article 8)	►**Principe :** Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail. *Ex : congé parental d'éducation, congé sabbatique…* La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise. Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé. Toutefois, le contrat des garanties collectives souscrit par l'entreprise devra prévoir la possibilité pour les salariés en période de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de la garantie d'obtenir son maintien moyennant le paiement intégral de la cotisations prévue pour l'ensemble des salariés. Le salarié devra formuler sa demande au plus tard après le début du congé non rémunéré. *En d'autres termes, le salarié pourra demander à continuer de bénéficier de la mutuelle pendant son absence non rémunérée ou non indemnisée, sous réserve d'en supporter la charge financière (adhésion à titre individuel).* La note d'information rédigée par l'assureur *(que l'employeur doit remettre à chaque salarié)* devra expressément rappeler cette faculté et ses conditions de mise en œuvre. ►**Exception :** Pendant les périodes de suspension donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation par la sécurité sociale, les garanties continuent de s'appliquer. *Ex : la maladie*	*Sur les conséquences des périodes d'absence, l'avenant n°3 reprend le principe posé par l'accord du 06/10/10.* *En revanche, les modalités d'application sont quelques peu modifiées par l'avenant n°3.* *Par conséquent, il convient désormais de se référer à l'avenant n°3.*

Cessation des garanties (article 9)	L'obligation de couverture de l'employeur cesse pour chaque salarié : - en cas de cessation du contrat de travail notamment en cas de départ à la retraite (sauf cumul emploi-retraite), de démission, de licenciement ou de rupture conventionnelle ; - en cas de décès du salarié ; - en cas de dénonciation du présent accord collectif à l'issue de la période de survie de l'accord dans les énoncées aux dispositions de l'article L 2261-9 et suivants du Code du travail (s'agissant des niveaux de prestations définis au présent accord). Cette obligation cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail, sous réserve du bénéfice de la portabilité des garanties frais de santé (voir ci-après).	*Les dispositions de l'accord du 06/10/10 sont remplacées par celles-ci.*
Maintien des garanties (article 10)	**Dans le cadre de la portabilité des garanties conventionnelles obligatoires de frais de santé :** ►**Principe :** Comme actuellement, les salariés pourront, s'ils le souhaitent, bénéficier d'un régime de portabilité des droits en cas de cessation du contrat de travail (hors faute lourde) ouvrant droit à l'assurance chômage. L'avenant n° 3 double la durée du maintien des droits. En effet, **à compter du 1er janvier 2016, la durée** du maintien des garanties **est portée** au **double** de celle prévue par l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale, dans la limite de douze mois. Ainsi, la durée du maintien des garanties complémentaires pendant la période de chômage sera égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié (appréciée en mois entiers) multipliée par 2, sans pouvoir excéder 12 mois. *Ex : pour un CDD saisonnier de 4 mois, il pourra bénéficier d'une portabilité de 8 mois (au lieu de 4 mois auparavant).* ►**Prise d'effet :** Les garanties conventionnelles sont dues au salarié jusqu'au terme du mois civil au cours duquel son contrat de travail est rompu ou prend fin. Aussi, le maintien des garanties prend effet au 1er jour du mois civil qui suit la date de rupture ou de fin du contrat de travail ouvrant droit à la portabilité.	*Ces dispositions remplacent celles prévues par l'article 9 et 10 de l'accord du 06/10/10*

Maintien des garanties (article 10 – suite)	►**Financement de cette portabilité :** Elle fait l'objet d'une mutualisation, c'est-à-dire que le maintien des garanties est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité. **A titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Evin) :** Tout salarié cesse de bénéficier obligatoirement des garanties conventionnelles lorsqu'il n'appartient plus au personnel de l'entreprise et qu'il ne bénéficie de plus de la portabilité des droits. Cependant, peuvent souscrire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires : - d'une allocation de chômage ; - d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ; - ou d'une pension retraite. La note d'information rédigée par l'assureur devra décrire précisément les dispositifs de maintien des garanties dont bénéficie le salarié.	
Position des partenaires sociaux sur une couverture dans les cas de sorties de branche (article 11)	Les partenaires sociaux souhaitent organiser au niveau de la branche, dans un délai de 3 ans, la mise en place de garanties frais de santé complémentaire propre aux salarié en situation de sorties de branche et notamment aux retraités. Ce régime ne sera pas mutualisé avec le régime CHR.	*Ces dispositions remplacent celles prévues par l'article 11 de l'accord de 2010.*
Les prestations (article 12)	A compter du 1er janvier 2016, sont couverts les actes et frais de santé relevant des postes énumérés au tableau ci-après ***(cf. pages 13 et 14).*** De plus, les garanties prévues par l'article 12 de l'avenant n° 3 s'entendent sous réserve de garanties plus favorables souscrites par les entreprises de la branche qui doivent faire en sorte que les garanties soient conformes aux dispositions légales. Par ailleurs, le contrat souscrit par l'entreprise devra : → comporter une clause d'exonération de cotisation (part patronale et salariale) concernant les salariés invalides restant dans l'entreprise et ne percevant pas de salaire en contrepartie du maintien des garanties ; → être conforme **« ligne par ligne »** avec **l'ensemble** des **garanties prévues dans le présent article**. Les améliorations éventuelles de garanties figurant dans le contrat qui sera souscrit par l'entreprise devront donc s'y ajouter et le caractère le plus favorable du contrat **ne pourra pas être apprécié globalement.**	*Afin d'être en conformité avec les nouvelles dispositions légales et réglementaires sur les contrats solidaires et responsables et du « panier de soins minimal », applicables au 1er janvier 2016, les partenaires sociaux ont adapté les garanties du régime conventionnel telles que prévues par l'accord du 06/10/10.*

Montant de la cotisation et répartition (article 15)	**Montant de la cotisation et répartition :** Les cotisations servant à financer les garanties susvisées sont fixées par accord entre les employeurs et l'organisme assureur couvrant les salariés. Elles seront obligatoirement exprimées sous forme de forfait mensuel pour chaque salarié bénéficiaire. Ce forfait n'est pas réduit prorata temporis. La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et de 50 % à la charge du salarié. Toutefois, jusqu'au **31 décembre 2018**, les cotisations servant à financer les garanties prévues par le présent accord seront : ►cotisations salariales au plus : - pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale : **14,00 €** ; - pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : **10,00 €.** ►cotisations des employeurs a minima : - pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale : **14,00 €** ; - pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle : **10,00 €.** **Salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche :** Pour les salariés ayant plusieurs employeurs **et** dans le cas où lesdits employeurs ont adhéré au même contrat d'assurance, la cotisation est repartie au prorata du temps de travail entre les différents employeurs, à condition que le salarié : - justifie de sa situation de pluriactivité au sein de la branche, - et communique aux employeurs le nombre total d'heures travaillées dans le mois et leur répartition. De plus, le salarié a l'obligation, en cas de rupture d'un de ses contrats de travail, d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent de façon à ce que la totalité des cotisations soit toujours perçue par l'assureur.	*Ces dispositions se substituent à celles fixées par l'article 15 de l'accord du 06/10/10* *Ainsi, les partenaires sociaux confirment leur volonté de réduire le montant de la cotisation frais de santé. En effet, rappelons que la cotisation est passée de 32 € à 28 € depuis* ***le 1er juillet 2015.*** *De plus, les partenaires sociaux* ***s'engagent à la maintenir à ce niveau pendant 3 ans.***

Montant de la cotisation (article 15 – suite)	**Salariés à temps partiel :** La totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.»	
Echéant et paiement des cotisations (article 16)	La cotisation mensuelle est due pour chaque salarié bénéficiaire, **quelle que soit sa date d'entrée et sa date de sortie** des effectifs de l'entreprise. En cas de rupture du contrat de travail au cours d'un mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due, à terme échu.	*Ces dispositions remplacent celles fixées par l'article 16 de l'accord du 06/10/10.*
Prévention (article 17)	Comme indiqué plus haut, le contrat souscrit par l'entreprise devra prévoir une prestation de prévention collective accessible à tous les salariés leur permettant d'interroger un thérapeute sur leur situation particulière au regard des dépendances liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues. Aussi, doit être garanti un forfait de sevrage tabagique de 80 € par bénéficiaire et par an permettant un remboursement partiel des patchs inscrits sur la liste de la Sécurité Sociale.	*Ces dispositions remplacent celles fixées par l'article 17 de l'accord du 06/10/10.*
Action sociale (article 18)	**Quel que soit l'organisme assureur** retenu par l'employeur, les salariés doivent bénéficier, en sus des garanties complémentaires de frais de santé : → de prestations d'action sociale, notamment afin de permettre l'attribution de secours et aides financières exceptionnelles (aide au permis de conduire, aide aux parents isolés, aide à la garde d'enfants …), sous conditions de ressources, au profit des bénéficiaires de la couverture en grande difficulté, → d'actions favorisant la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement favorisant le bien-être physique et moral des bénéficiaires de la couverture, → d'une assistance sociale et psychologique, → d'un conseil et de soutien psychologique pour les aidants, → d'une aide financière, sous conditions de ressources, aux personnes en situation de handicap, → d'une aide financière, sous conditions de ressources, aux personnes atteintes de maladie redoutée.	*Ces dispositions remplacent celles fixées par l'article 18 de l'accord du 06/10/10.*

Garanties collectives ou individuelles complémentaires et supplémentaires (article 19)	Comme actuellement, les salariés doivent pouvoir accéder, dans le cadre de contrats collectifs (obligatoires ou individuels) ou individuels d'assurance, à des garanties frais de santé supplémentaires, moyennant une tarification spécifique, et dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L 871-1 du code de la Sécurité Sociale. Ces contrats doivent permettre, d'une part d'améliorer le niveau de couverture, d'autre part d'étendre la couverture du salarié à son conjoint ou à défaut de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité « PACS » ainsi qu'aux enfants à leur charge.	
Commission Paritaire de Suivi du régime (article 20)	Le suivi du régime conventionnel frais de santé est assuré par une Commission Paritaire de Suivi (CPS). **Composition de la CPS :** Elle est composée d'un nombre égal de représentants d'organisations syndicales de salariés et d'organisations professionnelles d'employeurs. = 15 membres par collège, à raison de 2 titulaires et d'1 suppléant par organisation syndicale de salariés et de 2 titulaires et d'1 suppléant par organisation professionnelle d'employeurs. Cependant, en cas d'évolution de la représentativité, la Commission Mixte Paritaire (CMP) se réunira dans les 3 mois afin d'adapter la composition CPS au nouveau contexte. La parité en nombre entre les deux collèges reste une obligation. **Missions de la CPS :** Elle a pour missions principales : - de suivre la mise en œuvre du présent accord dans les entreprises de la branche, - de consulter régulièrement les acteurs du marché (institutions de prévoyance, sociétés d'assurance, mutuelles, actuaires, courtiers, …) afin d'avoir une vision sur leurs pratiques et le cas échéant sur leur action sociale, - d'échanger sur l'encadrement légal relatif aux garanties frais de santé, - de proposer à la commission paritaire nationale les évolutions à apporter au présent accord.	*Ces dispositions remplacent celles fixées par l'article 20 de l'accord du 06/10/10.*

Ci-après le tableau des garanties à compter du 1er janvier 2016 (régime général)

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

CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	Ticket modérateur
MATERNITE · Allocation naissance ou adoption · Chambre particulière (8 jours maximum)	8% PMSS par enfant 1,5% PMSS par jour
AUTRES REMBOURSEMENTS · Transport remboursé par la Sécurité sociale · Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	Ticket modérateur 3% PMSS par an et par bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION · Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS)	80 € par an et par bénéficiaire

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

Les actes en secteur non-conventionné sont remboursés sur la base du TARIF D'AUTORITE

(1) Reconstituer sur une BRSS à 107,5 €
(2) Reconstituer sur une base d'un TO90
(3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an.

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

Vous trouverez ci-joint

- l'arrêté d'extension du 21 décembre 2015 (annexe 1) ;
- l'avenant n° 3 à l'accord collectif du 6 octobre 2010 relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé dans la branche des HCR du 26 octobre 2015. (annexe 2).