

**AFFAIRES SOCIALES &  
FORMATION PROFESSIONNELLE**

Date : 30/12/10  
N° Affaires sociales : 33.10

**MISE EN PLACE D'UN REGIME DE FRAIS DE SANTE  
DANS LA BRANCHE DES HCR  
A COMPTER DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011**

Les partenaires sociaux ont signé, le 6 octobre 2010, un **Accord collectif relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé dans la branche des Hôtels, Cafés, Restaurants.**

Cet accord, signé par l'ensemble des organisations patronales et salariales a été étendu par un arrêté du 17 décembre 2010 publié au Journal Officiel du 24 décembre 2010 (*cf. Communiqué interne frais de santé du 24 décembre 2010*).

Ce nouveau 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 (notamment concernant les dépendances liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues).

Le présent accord est un contrat collectif à **adhésion obligatoire**. Par conséquent, toute entreprise relevant du champ d'application de la convention collective nationale des HCR est tenue d'adhérer au régime frais de santé et d'y affilier la totalité de leurs salariés à compter de son entrée en vigueur, soit le **1<sup>er</sup> janvier 2011**.

**ATTENTION :**

L'arrêté d'extension du 17 décembre 2010 prévoit quelques exclusions et réserves concernant certains articles de l'accord du 6 octobre 2010.

Les exclusions sont les suivantes :

- 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'accord** (article 3 bis).
- Concernant l'article 4 relatif à « l'adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel », des exclusions ont également été retenues :

- l'article 4.2 alinéa 1 prévoyait un dispositif dérogatoire pour les entreprises disposant d'un régime frais de santé avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010.  
Or, l'arrêté exclut les termes « avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010 » jugés contraires aux dispositions de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale.
- de plus, les entreprises disposant déjà d'un régime frais de santé devaient assurer « des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celle définies dans l'accord de branche ».

L'arrêté d'extension exclut le terme « ou égal ».

- quant à l'article 4.2 alinéa 2 précisant que les « entreprises ayant mis en place un régime de frais de santé **avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010**, mais dont les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur **ou égal**, devront **soit adapter leur garanties dans un délai de 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord (et dans ce cas, elles ne seront pas tenues d'adhérer au régime conventionnel), soit adhérer** au régime conventionnel de branche. »

L'arrêté d'extension a exclu du texte les parties en gras ci-dessus.

- Enfin, l'arrêté exclut dans son intégralité :
  - le dernier alinéa de l'article 4.2 « les filiales créées après le 30 juin 2010 [...] si elles adhèrent au régime de l'entreprise bénéficiant de la dérogation »
  - l'article 4.3 « entreprises ayant instauré un régime de frais de santé entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et l'entrée en vigueur de l'accord. »

L'arrêté prévoit également les réserves suivantes :

- l'article 4.2 alinéa 3 relatif au changement d'organisme assureur postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord est étendu sous réserve de l'application des dispositions de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale\*.

- l'article 10 « maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de loi du 31 décembre 1989 » est étendu sous réserve de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi susvisée qui prévoit que le maintien de la couverture concerne également les anciens salariés bénéficiaires s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, si l'intéressé en fait la demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, et les personnes garanties du chef de l'intéressé décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès si les intéressés en font la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Afin de vous présenter ce nouveau régime, la présente circulaire fait l'objet de deux parties :

- 1<sup>ère</sup> partie : présentation du contenu de l'accord frais de santé
- 2<sup>ème</sup> partie : questions-réponses

\* Article L 912-1 du code de la sécurité sociale

*Lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911-1 prévoient une mutualisation des risques dont ils organisent la couverture auprès d'un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ou d'une ou plusieurs institutions mentionnées à l'article L. 370-1 du code des assurances, auxquels adhèrent alors obligatoirement les entreprises relevant du champ d'application de ces accords, ceux-ci*

comportent une clause fixant dans quelles conditions et selon quelle périodicité les modalités d'organisation de la mutualisation des risques peuvent être réexaminées. La périodicité du réexamen ne peut excéder cinq ans.  
Lorsque les accords mentionnés ci-dessus s'appliquent à une entreprise qui, antérieurement à leur date d'effet, a adhéré ou souscrit un contrat auprès d'un organisme différent de celui prévu par les accords pour garantir les mêmes risques à un niveau équivalent, les dispositions du second alinéa de l'article L. 132-23 du code du travail sont applicables.

## 1<sup>ère</sup> partie : Présentation du contenu de l'accord frais de santé

### I – Le cadre juridique

#### **L'objet de ce nouveau régime :**

Il 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** (notamment concernant les dépendances liées à l'alcool ou au tabac).

#### **Les assureurs :**

Les partenaires sociaux, après audition des candidats, ont désigné en tant qu'organisme co-assureurs de ce régime frais de santé :

- MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE
- L'IPGM
- AUDIENS PREVOYANCE

#### **Le champ d'application :**

Cet accord concerne **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'intégrer dans ce champ d'application, les **discothèques**.

***Mais, l'arrêté d'extension exclut les discothèques du champ d'application de l'accord frais de santé. En conséquence, les discothèques continuent d'appliquer volontairement les accords HCR.***

#### **L'adhésion :**

- **Principe** : le présent accord est un contrat collectif à adhésion obligatoire, ce qui signifie que les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des CHR sont **tenues d'adhérer** au régime frais de santé et **d'affilier la totalité de leurs salariés** à compter du 1er janvier 2011 (date d'entrée en application de l'accord du 6 octobre 2010).

- **Dérogations** :

- les entreprises disposant d'un régime frais de santé [avant le 1er juillet 2010] ET assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau supérieur [ou égal] à celles définies dans l'accord du 6 octobre 2010 : elles ont la possibilité de ne pas adhérer au régime conventionnel de branche aussi longtemps que cette dernière condition est remplie.

L'arrêté d'extension du 17 décembre 2010 ayant exclus les mots « avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010 » et « ou égal », cette disposition doit désormais être ainsi lue :

Les entreprises disposant d'un régime frais de santé **avant l'entrée en vigueur de l'accord, soit avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011**, ET assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau **supérieur** à celles prévues par l'accord de branche ont la possibilité de ne pas adhérer au régime conventionnel aussi longtemps que cette dernière condition est remplie.

- les entreprises disposant d'un régime frais de santé [avant le 1er juillet 2010] MAIS dont les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur [ou égal] : elles devront :
  - = [soit **adapter** leur garanties dans un délai de 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord
  - = soit] **adhérer** au régime conventionnel de branche

L'arrêté d'extension du 17 décembre 2010 ayant exclus les termes : « avant le 1<sup>er</sup> juillet 2010 », « ou égal » et : « soit adapter leur garanties dans un délai de 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord, soit », il en résulte que les entreprises qui ont mis en place un régime de frais de santé **avant l'entrée en vigueur de l'accord MAIS dont les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur** à celles prévues par l'accord de branche **devront adhérer au régime conventionnel de branche.**

- [les entreprises ayant instauré un régime frais de santé entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et l'entrée en vigueur du présent accord : elles sont **tenues d'adhérer** au régime frais de santé conventionnel à compter du 1<sup>er</sup> janvier suivant l'entrée en vigueur de l'accord de branche.]

Attention, l'arrêté d'extension exclut dans son **intégralité** cette disposition.

- les entreprises qui ont mis en place au profit de leurs salariés un régime frais de santé facultatif antérieurement au 31 décembre 2010 : elles disposent d'un délai maximum de 12 mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 pour résilier leur contrat d'assurance et adhérer au régime conventionnel de branche.

**En conclusion :**

L'adhésion au régime frais de santé est obligatoire pour l'ensemble des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective HCR.

Néanmoins, les entreprises ayant mis en place un régime de frais de santé avant l'entrée en vigueur de l'accord, soit avant le 1<sup>er</sup> janvier 2011, qui couvre des garanties **supérieures** à celles prévues par

l'accord de branche ont la possibilité de ne pas adhérer au régime conventionnel aussi longtemps que cette dernière condition est remplie.

**En résumé :**

Entreprises disposant d'un régime frais de santé avant le <b>1er janvier 2011</b> ET assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau <b>supérieur</b> à celles définies dans l'accord du 6 octobre 2010	Pas d'adhésion au régime conventionnel de branche.
Entreprises disposant d'un régime frais de santé avant le <b>1er janvier 2011</b> MAIS dont les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau <b>supérieur</b>	Adhésion obligatoire.
Entreprises qui ont mis en place au profit de leurs salariés un régime frais de santé facultatif antérieurement au 31 décembre 2010	Délai maximum de 12 mois pour adhérer au régime conventionnel de branche.

**II – Les bénéficiaires**

 **Sont bénéficiaires de ce contrat :**

- l'ensemble des salariés, cadres ou non cadres, lié par un contrat de travail quelle que soit sa forme,
- appartenant aux entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des CHR de 1997,
- et ayant au moins un mois civil entier d'emploi dans une même entreprise.

Toutefois :

- ➔ **Les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C)** peuvent bénéficier d'une dispense temporaire d'affiliation au régime frais de santé conventionnel jusqu'à l'échéance de leurs droits. Au terme de leurs droits à CMU-C, ils devront rejoindre le régime conventionnel de branche.
- ➔ **Les salariés à temps très partiel qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération** (soit une rémunération brute de 160 € par mois) peuvent, à leur demande, bénéficier d'une dispense d'affiliation (*pour une question de preuve, il est conseillé de demander un écrit au salarié*).
- ➔ **Les salariés présents dans l'entreprise au 1<sup>er</sup> janvier 2011 et qui ont souscrit avant la date d'entrée en vigueur de l'accord de frais de santé conventionnel, un contrat**

**individuel de frais de santé** sont dans l'obligation de rejoindre le régime conventionnel de branche. Pour cela, ils disposent d'un délai au plus de :

- 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord de branche pour résilier leur contrat individuel d'assurance frais de santé. *Vous trouverez ci-joint un modèle de lettre de résiliation non contractuelle (annexe 1) ;*
- et d'un an après ladite date d'application pour adhérer au régime conventionnel de branche.

Dans ce cas, il appartient au salarié de demander à être dispensé d'affiliation et de fournir les justificatifs confirmant son adhésion en tant que titulaire du contrat individuel.

Les salariés embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord ne peuvent bénéficier de cette dispense.

#### **Information des salariés :**

L'employeur est tenu :

- de remettre à chaque salarié, et de pouvoir en rapporter la preuve, une notice d'information établie sous la responsabilité des institutions qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (cette notice vous parviendra ultérieurement) ;
- d'informer par écrit les salariés des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

### **III – La Prise d'effet des garanties**

#### **Entrée en vigueur des garanties :**

Pour les salariés présents dans l'entreprise au 1<sup>er</sup> janvier 2011 et ayant un mois d'ancienneté, ils bénéficient de l'intégralité des garanties de frais de santé dès l'entrée en vigueur de l'accord.

Pour les salariés embauchés postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2011, ils bénéficient des garanties de frais de santé :

- au terme du 1<sup>er</sup> mois civil entier dans l'entreprise, rétroactivement à la date de leur embauche, à l'exception des garanties optiques et dentaires.
- pour les garanties optiques et dentaires, au 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit le 1<sup>er</sup> mois civil entier d'emploi requis.

**Ex : cas d'un salarié embauché le 27 avril et quittant l'entreprise le 15 mai**

*Le salarié n'a pas l'ancienneté requise, à savoir un mois civil entier dans l'entreprise. En conséquence, il ne bénéficie pas des garanties du régime frais de santé obligatoire.*

**Ex : cas du salarié embauché le 27 avril et quittant l'entreprise le 31 mai**

*Il remplit la condition d'un mois d'ancienneté dans l'entreprise et peut donc bénéficier des garanties frais de santé. La 1ère cotisation est appelée le 31 mai et le salarié bénéficie à cette date du régime obligatoire, de façon rétroactive pour les soins ou frais engagés à compter de sa date d'embauche, soit le 27 avril et jusqu'au terme de son contrat.*

**✚ Périodes de suspension du contrat de travail :**

**Principe :** Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail.

*Ex : congé parental d'éducation, congé sabbatique...*

**Exception :** Pendant les périodes de suspension donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation par la sécurité sociale, les garanties continuent.

*Ex : la maladie*

La suspension de garanties prend effet au 1er jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail (la cotisation du mois en cours étant due par l'entreprise).

La reprise des garanties et le paiement de la cotisation interviennent à compter du 1er jour du mois de la reprise de l'activité professionnelle.

**✚ Cessation des garanties :**

Les garanties cessent pour chaque salarié au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des éléments suivants :

- rupture du contrat de travail du salarié avec l'entreprise (départ à la retraite sans cumul avec un emploi, démission, licenciement, rupture conventionnelle) ;
- décès du salarié ;
- dénonciation du présent accord collectif de branche.

**✚ Maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 :**

**Principe :** Le régime conventionnel des frais de santé organise le **maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail**, SAUF dans l'hypothèse d'une rupture pour faute lourde, ouvrant droit à **prise en charge par l'assurance chômage**, conformément au dispositif de portabilité défini par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

Il appartient à l'employeur d'en informer le salarié.

La durée du maintien de ces garanties est **égale à celle du dernier contrat de travail apprécié en mois entier et dans la limite de 9 mois.**

Les droits à la garantie frais de santé doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur.

**Prise d'effet :** Le maintien des droits prend effet au 1er jour du mois qui suit la cessation du contrat de travail, sous réserve :

- que le salarié n'y ait pas expressément renoncé ; cette renonciation doit avoir lieu auprès de l'entreprise dans les 10 jours suivant la cessation du contrat de travail ; elle est définitive et concerne l'ensemble des garanties des couvertures complémentaires dont bénéficiait l'assuré,
- que l'entreprise ait adressé à l'Institution la demande nominative de maintien des garanties dans les 30 jours suivant la cessation de leur contrat de travail.

L'entreprise se charge d'obtenir l'attestation délivrée par le régime d'assurance chômage permettant de définir la durée maximale du maintien de garantie, et informe sans délai, l'institution de tout événement porté à sa connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien de garanties.

**Cessation de ce maintien** : Le maintien cesse à la date de survenance de l'un des événements suivants :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de la portabilité reprend une activité professionnelle ;
- lorsqu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- lorsque la période de droits à laquelle peut prétendre l'assuré est expirée (maximum 9 mois) ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

Ce dispositif est applicable aux salariés saisonniers.

**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.

Une évaluation du coût de cette mutualisation sera présentée chaque année aux partenaires sociaux de la branche.

** Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (loi Evin) :**

Tout salarié cesse d'être couvert au titre du régime conventionnel obligatoire lorsqu'il n'appartient plus au personnel de l'entreprise.

Cependant, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi de 1989, peuvent souscrire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage ;
- d'une rente incapacité ou invalidité ;

- ou d'une pension retraite,

Sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits à portabilité.

L'adhésion individuelle prend effet, sans délai de carence ni questionnaire médical, au lendemain de la réception de la demande dûment remplie.

*Attention, ces dispositions sont étendues sous réserve de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (cf. page 2).*

#### **Cas du régime retraités et sorties de branche :**

Les partenaires sociaux souhaitent doter, d'ici 3 ans, la branche d'un régime frais de santé complémentaire dédié aux situations de sorties de branche et notamment aux retraités.

Attention, ce régime ne sera pas mutualisé avec le régime CHR.

#### **IV – Les prestations**

Nature des garanties	Limite de remboursements
<b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>	
Frais et Honoraires chirurgicaux	110 % BRSS
Frais de séjour	110 % BRSS
Forfait hospitalier	100 % frais réels sous déduction des prestations SS
Chambre particulière	25 € par jour
Lit accompagnant	15 € par jour
<b>MÉDECINE COURANTE</b>	
Consultation ou Visite	30 % BRSS
Acte de spécialité des médecins	30 % BRSS
<b>Le montant remboursé ne peut être inférieur à 30 % de la base de remboursement SS, ramené à 10% pour le régime d'Alsace-Moselle</b>	
Analyses médicales	40 % BRSS

Radiologie	30 % BRSS
Auxiliaires médicaux	40 % BRSS
Prothèses autres que dentaires	65 % BRSS
Accessoires	100 % BRSS
Ostéopathie, chiropractie, Etiopathie	20 € par consultation, dans la limite de 80 € par an

<b>PHARMACIE</b>	
Frais pharmaceutiques	100 % du ticket modérateur de la SS
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
Soins dentaires	30 % BRSS
Inlays, Onlays, remboursés ou non par la SS	200 % BRSS
Orthodontie acceptée par la SS	166 % BRSS
Orthodontie refusée par la SS	100 % BRSS
Prothèses prises en charge par la SS	200 % BRSS
Prothèses non prises en charge par la SS (à l'exclusion des implants)	200 % BRSS
<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>	
Verres	<b>3.5 % PMSS (par verre) + selon la grille (par verre) :</b> <b>UNIFOCAUX</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moins de 4 : + 1,75 % PMSS</li> <li>- de 4,25 à 6 : + 2.65 % PMSS</li> <li>- de 6.25 à 8 : + 3.5 % PMSS</li> <li>- au-delà de 8,25 : + 5,25 PMSS</li> </ul> <b>MULTIFOCAUX</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moins de 4 : + 4,40 % PMSS</li> <li>- de 4,25 à 6 : + 5,60 % PMSS</li> <li>- de 6.25 à 8 : + 5,95 % PMSS</li> <li>- au-delà de 8,25 : + 6.30 % PMSS</li> </ul>
Monture	100 € tous les deux ans, par bénéficiaire
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	126 € par an par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	126 € par an par bénéficiaire
<b>CURE THERMALE ACCEPTÉES PAR LA SS</b>	
Y compris transport et hébergement	100 % du ticket modérateur
<b>MATERNITÉ</b>	
Participation aux frais de maternité	8 % PMSS
Chambre particulière	1,5 % PMSS par jour, limité à 8 jours
<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>	
Transport accepté	35 % BRSS
Pilule et patch contraceptif non remboursés	1 % PMSS par an par bénéficiaire

ACTES DE PREVENTION	
Actes de prévention répondant aux exigences des contrats responsables	La totalité des prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la SS, sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du ticket modérateur.
Actions collectives de prévention Tabac, Alcool, Drogues	Définies à l'article 17 du présent accord

**BRSS** : Base de remboursement de la sécurité sociale

**PMSS** : Plafond mensuel de la sécurité sociale

#### **Le versement des prestations :**

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

#### **Montant de la cotisation et répartition :**

La cotisation au régime conventionnel frais de santé est exprimée sous forme de forfait mensuel non proratisable pour chaque salarié bénéficiaire. Elle est égale à :

	Montant mensuel de la cotisation
Salarié relevant du régime général de la Sécurité sociale	32,00 €
Salarié relevant du régime local d'Alsace Moselle	22,90 €

La cotisation est répartie à raison de 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié.

Les montants sont fixés à compter de l'entrée en vigueur du régime pour une durée de 3 années.

#### **Salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche :**

La cotisation est proratisée entre les différents employeurs, sous réserve que le salarié justifie de la pluriactivité au sein de la branche auprès de l'assureur du régime et de son employeur.

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 le régime.

#### **Salariés à temps partiel :**

La totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération.

#### **Echéance et paiement des cotisations :**

La cotisation au régime conventionnel obligatoire est due, pour chaque salarié bénéficiaire au terme du 1er mois civil entier d'emploi dans l'entreprise, à terme échu.

- Si le salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant.
- Lorsque le contrat de travail du salarié cesse au cours d'un mois, la cotisation due au titre de ce salarié est versée pour le mois entier.
- 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.

### **V – Le contrôle et le suivi du régime**

Le contrôle et le suivi de ce régime conventionnel frais de santé est assuré par la commission paritaire de pilotage (CPP).

#### **Composition de la CPP :**

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 au nouveau contexte. La parité reste une obligation.

#### **Missions de la CPP :**

Elle contrôle et pilote, par délégation de la CMP, le régime professionnel frais de santé de la branche des CHR en :

- étudiant les comptes détaillés du régime fourni et présentés par les organismes assureurs et le gestionnaire,
- contrôlant l'application du régime frais de santé, en décidant et en gérant l'action sociale du régime et en délibérant sur les interprétations et litiges survenant dans l'application du régime,
- en émettant des propositions d'ajustement du régime et en organisant les évolutions de ce régime,

- en gérant la promotion du régime,
- et en abondant le fonds d'action sociale dans la mesure de ses moyens.

Pour toutes ses missions, elle peut se faire assister d'experts.

**2<sup>ème</sup> partie :**  
**Questions- réponses**

THEMES	QUESTIONS	REPNSES
<b>ORGANISME ASSUREUR / CHOIX DE LA MUTUELLE</b>	Quels sont les organismes assureurs de la branche ?	<p>3 organismes ont été désignés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mornay (IPGM)</li> <li>- Malakoff Médéric Prévoyance</li> <li>- Audiens – Prévoyance</li> </ul> <p>La répartition des adhésions suit la base des compétences géographiques et professionnelles retenues en matière de retraite complémentaire et de prévoyance.</p>
	L'employeur peut-il choisir librement une mutuelle ?	<p>Le principe est <b>l'adhésion obligatoire</b>. L'accord collectif de branche s'impose donc à toutes les entreprises sauf si celles-ci remplissent les conditions de dispense (cf. ci-dessous).</p>
	Quid des entreprises qui disposent d'un régime obligatoire de frais de santé avant le 1 <sup>er</sup> janvier 2011 ?	<p>Ces entreprises pourront conserver leur régime s'il assure des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau <b>supérieur</b> à celles définies par l'accord de branche (hors actions de prévention).</p> <p><b>Attention : si les garanties mises en place ne sont pas supérieures, les entreprises devront adhérer au régime conventionnel de la branche.</b></p> <p>En pratique, l'organisme assureur de l'entreprise devra attester que le régime en vigueur dans l'entreprise est supérieur au régime de branche.</p> <p>L'entreprise qui n'obtient pas l'attestation pourra charger HCR santé d'effectuer un comparatif du régime.</p> <p>Les entreprises devront mettre en place la mutualisation de la portabilité des garanties frais de santé (telle que prévue par l'ANI du 11/01/08) dans un délai de 12 mois après l'entrée en vigueur de l'accord.</p>

<b>ORGANISME ASSUREUR / CHOIX DE LA MUTUELLE (SUITE)</b>	Qu'en est-il en cas de changement d'organisme assureur postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord ?	Si le changement n'est pas justifié par une amélioration des garanties et / ou une baisse des cotisations, l'entreprise devra adhérer au régime conventionnel. <i>Cette disposition est étendue sous réserve de l'application des dispositions de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale.</i>
	Les entreprises ayant plusieurs établissements peuvent-elles regrouper tous les contrats auprès du même assureur ?	OUI, les établissements peuvent adhérer à un seul organisme désigné en fonction de l'adresse du siège social de l'entreprise.  Le regroupement n'est possible qu'auprès des organismes assureurs désignés par l'accord de branche.
<b>LES BENEFICIAIRES</b>	Quels sont les salariés concernés ?	<b>L'ensemble des salariés</b> (cadres ou non cadres) ayant une ancienneté minimale d'un mois civil entier d'emploi dans la même entreprise, sont concernés par l'accord, <b>quelle que soit la forme de leur contrat de travail</b> (apprentis, personnel administratif, salariés en alternance, saisonniers...)
	Quid des extras ?	Ils ne peuvent <b>pas adhérer</b> au régime car généralement ils ont moins d'un mois civil entier dans l'entreprise.
	Quid des étudiants travaillant régulièrement dans la même entreprise au cours de l'année (ex : 2 week-end par mois) ?	Même réponse que pour les extras.
	Quid des intermittents du spectacle salariés dans une entreprise relevant de la CCN ?	<b>Audiens</b> recueille les entreprises appartenant à des groupes dont l'activité principale relève du spectacle, quelle que soit la situation géographique de l'entreprise.

<b>LES BENEFICIAIRES (SUITE)</b>	Quid des salariés à temps partiel ?	Ils <b>doivent adhérer</b> . Toutefois, si la cotisation représente plus de 10 % de leur rémunération (soit une rémunération nette de 160 € par mois), ils peuvent demander une dispense d'affiliation.
	Quid des salariés bénéficiaires de la CMU-C ?	Ils peuvent bénéficier d'une <b>dispense temporaire d'affiliation</b> au régime frais de santé jusqu'à l'échéance de leurs droits.
	Quid des apprentis ?	Ils <b>doivent cotiser</b> au régime frais de santé.
	Les intérimaires doivent-ils cotiser ?	N'étant pas salarié de l'entreprise, <b>ils ne cotisent pas</b> .
	Que se passe-t-il en cas de décès du salarié ?	Les personnes garanties du chef de l'assuré décédé peuvent continuer à bénéficier, à <u>titre individuel</u> , des mêmes garanties, sans délai de carence ni questionnaire médical pour une durée de 12 mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès de l'assuré. La cotisation est payable d'avance pour les personnes garanties.
	Quid des salariés rémunérés par le TESE ?	Ils seront couverts automatiquement.
	L'employeur a-t-il une obligation d'information vis-à-vis des salariés ?	L'employeur est tenu : <ul style="list-style-type: none"> <li>- de remettre à chaque salarié, et de pouvoir en rapporter la preuve, une notice d'information établie sous la responsabilité des institutions qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,</li> <li>- d'informer par écrit les salariés des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.</li> </ul>

<b>ADHESION</b>	<p>Sous quel délai le salarié bénéficiant à titre individuel d'une mutuelle doit-il se mettre en conformité ?</p>	<p>Les salariés déjà présents dans l'entreprise, au 1<sup>er</sup> janvier 2011, disposent d'un délai de 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord pour résilier leur contrat individuel et adhérer au régime conventionnel.</p> <p>Il appartient au salarié de demander à être dispensé d'affiliation et de fournir les justificatifs confirmant son adhésion à un contrat individuel.</p> <p>Les salariés embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord doivent adhérer immédiatement au régime conventionnel de branche.</p>
	<p>Le salarié couvert par la mutuelle de son conjoint qui travaille dans une entreprise n'appartenant pas au secteur CHR devra-t-il tout de même cotiser au régime de la branche ?</p>	<p><b>Oui</b>, même si le salarié a déjà une couverture par le biais de son conjoint, il <b>devra adhérer au régime conventionnel</b> de branche.</p>
	<p>Que se passe-t-il lorsque deux conjoints travaillent dans deux établissements du secteur HCR ou dans le même établissement ?</p>	<p><b>L'adhésion étant obligatoire, chaque conjoint devra adhérer.</b></p>
	<p>Une entreprise n'ayant pas de salarié doit-elle quand même adhérer ?</p>	<p>Il est recommandé qu'elle adhère en prévision de future embauche. L'appel de cotisation n'aura lieu qu'une fois les salariés affiliés.</p>
	<p>Le salarié travaillant dans deux établissements du secteur HCR doit-il être couvert chez les deux employeurs ?</p>	<p>Il devra cotiser auprès des 2 établissements.</p> <p>Le calcul de la cotisation se fera au prorata du temps de travail effectué auprès de chaque employeur, sous réserve que le salarié justifie de la pluriactivité auprès de l'assureur du régime et de son employeur.</p>

<b>LES GARANTIES / LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES ET SUPPLEMENTAIRES</b>	Quelle est la date d'effectivité des garanties ?	<p>Pour les salariés présents dans l'entreprise depuis plus d'un mois civil entier lors de l'entrée en vigueur de l'accord, la totalité des garanties (y compris l'optique et dentaire) s'appliqueront dès le 1<sup>er</sup> jour de l'adhésion au régime de branche.</p> <p>Toutefois, pour les salariés entrant dans l'entreprise en cours d'année, ils bénéficieront des garanties à compter de la date d'embauche (effet rétroactif) dès lors qu'ils auront une ancienneté d'un mois civil entier dans la même entreprise.</p> <p>Attention, en ce qui concerne les frais optiques et dentaires, les garanties s'appliqueront après un mois civil entier d'emploi dans l'entreprise (sans effet rétroactif).</p> <p><i><b>Exemple 1 - Cas d'un salarié embauché le 27 avril et quittant l'entreprise le 15 mai :</b></i>  <i>Le salarié n'ayant pas un mois civil entier dans l'entreprise, il ne peut pas bénéficier du régime frais de santé.</i></p> <p><i><b>Exemple 2 – Cas du salarié embauché le 27 avril et quittant l'entreprise le 31 mai :</b></i>  <i>Ayant un mois d'ancienneté, il bénéficie du régime. La 1<sup>ère</sup> cotisation est appelée le 31 mai et le salarié bénéficie à cette date du régime de façon rétroactif pour les soins engagés à compter de sa date d'embauche (soit le 27 avril) et jusqu'au terme de son contrat.</i></p>
	Comment doit s'effectuer le comparatif des garanties entre deux mutuelles (lorsque l'employeur avait déjà instauré une mutuelle obligatoire) ?	<p>Le <b>comparatif doit s'effectuer ligne par ligne</b> (à l'exception des actes de prévention).</p> <p>De plus, le coût pour le salarié ne doit pas être supérieur à ce qui est prévu par le régime conventionnel (soit 16 €).</p>

<b>LES GARANTIES / LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES ET SUPPLEMENTAIRES (SUITE)</b>	<p>Les salariés peuvent-ils affilier les membres de leur famille ?</p> <p>Les salariés peuvent-ils bénéficier de garanties complémentaires pour être mieux remboursé ?</p>	<p>Oui, à l'aide de <b>garanties optionnelles complémentaires</b>.</p> <p>Ces garanties peuvent être <b>souscrites</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <u>soit par l'entreprise</u> : elle peut décider de mettre en place des garanties complémentaires au régime de base obligatoire proposées par les assureurs, <b>sous forme d'un contrat collectif obligatoire</b> approuvé par référendum ou accord d'entreprise, soit pour le salarié seul, soit pour le salarié et sa famille.</li> <li>▶ <u>soit à titre individuel</u> : le salarié peut souscrire des options complémentaires à titre individuel pour lui même et/ou pour sa famille. Les options sont alors facultatives et à sa charge.</li> </ul> <p><b>Attention</b> : si l'entreprise met en place un régime « famille », il s'impose à l'ensemble des salariés même si certains d'entre eux n'ont pas de famille.</p>
	<p>Que se passe t-il en cas de suspension du contrat de travail ?</p>	<p>Les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail (ex : congé parental d'éducation,...).</p> <p>La suspension des garanties prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail.</p> <p>La reprise des garanties et le paiement de la cotisation interviennent à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois de la reprise de l'activité.</p> <p><b>Attention</b>, durant les périodes de suspension ouvrant droit à un maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation par la sécurité sociale (ex : maladie), les garanties continuent.</p> <p>Concernant le versement de la cotisation : se reporter à la page 9.</p>

	<p>Que se passe t-il si mon salarié quitte l'entreprise ?</p>	<p>Le salarié reste couvert jusqu'à la fin du mois en cours pour lequel la cotisation a été précomptée sur le salaire.</p> <p>En cas de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>départ à la retraite</b> : la loi Evin permet aux bénéficiaires d'une pension de retraite de continuer à bénéficier du régime frais de santé à titre individuel,</li> <li>- <b>démission</b> : tout mois commencé est dû et donne droit à des prestations jusqu'au dernier jour. Il peut toutefois adhérer à un contrat individuel selon les offres proposées par l'assureur,</li> <li>- <b>licenciement</b> : il bénéficie de la portabilité des droits (voir ci-après) sauf en cas de licenciement pour faute lourde.</li> </ul>
<p><b>PORTABILITE DES GARANTIES</b></p>	<p>Que signifie la portabilité des garanties ?</p>	<p>Il s'agit d'un maintien des garanties du régime HCR pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise (apprécié en mois entier) dans la limite de 9 mois et sous réserve que l'ex-salarié bénéficie des droits à indemnisation chômage.</p> <p>Le coût de la portabilité est mutualisé c'est-à-dire que son financement est assuré par les cotisations des entreprises et des salariés en activité.</p>
<p><b>COTISATIONS</b></p>	<p>Quelle est le montant de la cotisation ?</p>	<p>La cotisation est exprimée sous forme de forfait mensuel non proratisable :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 32 € pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale,</li> <li>- 22,90 € pour les salariés du régime d'Alsace Moselle.</li> </ul> <p>La cotisation est répartie à part égale entre l'employeur et le salarié, soit</p> <p>= pour le régime général :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>16 € pour l'employeur</b></li> <li>- <b>16 € pour le salarié</b></li> </ul> <p>= pour le régime d'Alsace Moselle :</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>- 11,45 € pour l'employeur</li><li>- 11,45 € pour le salarié</li></ul>
--	--	--

<b>COTISATIONS (SUITE)</b>	<p>Une entreprise ayant un régime frais de santé avec une répartition des cotisations (80% part patronale - 20% part salariale) doit-elle maintenir cet avantage ou appliquer une répartition 50-50 ?</p>	<p>Un comparatif de l'ensemble des deux régimes doit être établi pour assurer aux salariés des garanties supérieures à l'accord de branche. Si c'est le cas, l'entreprise pourra conserver son propre régime avec sa propre répartition, sous réserve que le montant de la cotisation salariale n'excède pas 16 € par mois.</p>
	<p>Quelle est l'assiette prise en compte pour calculer le montant des cotisations ?</p>	<p>Il s'agit d'une cotisation par mois qui ne dépend pas du niveau de rémunération du salarié. Les primes et gratifications ne sont pas prises en compte dans le calcul de la cotisation.</p>
	<p>Le montant de la cotisation risque-t-il d'augmenter ?</p>	<p>Non, il est garanti pour une durée de 3 ans.</p>
	<p>Les cotisations bénéficient-elles d'exonérations ?</p>	<p>Oui, le régime HCR santé respecte les dispositions pour bénéficier des exonérations relatives aux contrats obligatoires.  La part patronale est soumise à la taxe sur cotisation prévoyance.</p>
	<p>Qui paie la cotisation en cas d'arrêt de travail du salarié donnant lieu à indemnisation par l'employeur ou par la sécurité sociale ?</p>	<p>La cotisation est due par l'employeur et le salarié tant que ce dernier fait partie de l'effectif de l'entreprise.  La responsabilité du paiement de la cotisation reste à la charge de l'employeur.</p>
	<p>En cas de garanties complémentaires, comment sont prélevées les cotisations ?</p>	<p>Si les options sont souscrites par l'entreprise, les cotisations sont précomptées sur le bulletin de salaire.  En cas d'adhésion individuelle du salarié, les cotisations sont directement prélevées sur le compte bancaire de l'assuré.</p>

<b>RISQUES ENCOURUS EN CAS DE REFUS D'ADHESION</b>	Que risque un employeur s'il refuse de souscrire au régime conventionnel ?	<p>L'entreprise risque de rentrer en contentieux avec les co-assureurs du fait du non paiement des cotisations.</p> <p>Le salarié peut également lui réclamer la prise en charge de ses prestations. L'employeur devra alors lui reverser le montant des prestations prévues par le régime conventionnel</p> <p>De plus, le salarié peut saisir le conseil des prud'hommes pour non respect par l'employeur d'une obligation conventionnelle.</p>
	Que risque un salarié s'il refuse d'adhérer ?	Le refus n'est pas recevable (sauf en cas de dispense d'affiliation)

**Contacts utiles :**

- Pour les questions liées au règlement de vos cotisations : votre assureur (Malakoff Médéric, Groupe Mornay, Groupe Audiens)
- Pour les questions liées au règlement des prestations, aux affiliations, au changement de situation d'un salarié, ... : GPS

✓ **GPS**

Site internet : [www.gpam.fr](http://www.gpam.fr)

Adresse mail : [gestion@gpam.fr](mailto:gestion@gpam.fr)

Fax : 02.54.95.90.96

Téléphone : 02.54.88.38.10

Adresse postale : GPS - 41207 ROMORANTIN CEDEX

- Numéro vert HCR Santé (du lundi au vendredi de 9h à 18h) : **0800 427 001**