Accord National du 15 Septembre 2015

relatif au régime de remboursement de frais de santé

Convention collective nationale des Ateliers et Chantiers d'Insertion

Le présent accord est conclu entre :

D'une part,

L'organisation patronale signataire :

- Le Syndicat National des Employeurs Spécifiques d'Insertion dénommé SYNESI.

Et d'autre part,

Les syndicats de salariés signataires :

- La Fédération CFDT Protection Sociale Travail-Emploi,

- La Fédération CFTC de la Protection Sociale et de l'Emploi,

Préambule

Les partenaires sociaux ont souhaité faire bénéficier l'ensemble des salariés des Ateliers et Chantier d'Insertion (ACI) d'un régime de prévoyance collectif adapté aux spécificités de la Branche. Ce régime a été formalisé par l'accord du 17 juin 2010, intégré au titre IX de la convention collective nationale des ACI.

Les partenaires sociaux sont depuis soucieux de renforcer les garanties de prévoyance complémentaire dont bénéficient les salariés. Parallèlement, la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a posé le principe de la généralisation de la couverture santé pour tous les salariés.

C'est dans ce contexte que les signataires du présent accord ont décidé d'instaurer une couverture collective de complémentaire santé au niveau de la branche.

Article 1 - Champ d'application

L'ensemble des accords collectifs conclus par le Synesi et les organisations syndicales de salariés s'appliquent, sauf disposition contraire, dans le cadre d'un champ d'application délimité comme suit :

« Il régit les rapports et s'applique à l'ensemble des employeurs et salariés de droit privé, cadres et non cadres, titulaires d'un contrat de travail et quelles que soient la nature et la durée de ce contrat, des Ateliers et Chantiers d'Insertion conventionnés par l'Etat au titre de l'article L 5132-15 du Code du Travail.

Sont exclues du champ d'application les entités soumises à agrément au sens de l'article L314-6 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par Loi n°2008-130 du 17 décembre 2008 – art 63.

Le champ conventionnel couvre l'ensemble du territoire national y compris les D.O.M. »

Article 2 - Objet

Le présent accord a pour objet d'instaurer, au bénéfice des salariés de la branche des ACI, une couverture minimale de frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau national en recommandant trois organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, pour assurer la couverture des garanties frais de santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des trois assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par des protocoles techniques et financiers et des protocoles de gestion administrative, conclus dans les mêmes conditions.

Article 3 – Adhésion du salarié

Article 3.1 - Définition des bénéficiaires

L'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ayant une ancienneté au sein de la structure de 4 mois bénéfice de la couverture minimale de frais de santé.

Article 3.2 - Suspension du contrat de travail

a) suspensions rémunérées ou indemnisées

Le bénéfice de la couverture frais de santé est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires (versées dans le cadre d'un régime de prévoyance), par exemple en cas d'arrêt maladie.

Le bénéfice est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congé de maternité ou de paternité ;
- invalidité.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

b) suspensions non rémunérées ou indemnisées

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...), les salariés ne bénéficient pas du maintien de la couverture de complémentaire santé.

Les salariés peuvent toutefois continuer à en bénéficier pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Article 3.3 - Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de remboursement de frais de santé est obligatoire.

Toutefois les partenaires sociaux souhaitent laisser la possibilité à des salariés déjà couverts dans la branche par un régime de remboursement de « frais de santé », de ne pas adhérer au dispositif mis en place au niveau de la branche ou de la structure.

Les salariés suivants auront ainsi la faculté, sous réserve de produire les pièces justificatives requises, de refuser leur adhésion au régime :

1°/ les salariés et apprentis sous contrat à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

2°/ les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile ;

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

3°/ les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou dans le cadre d'un autre emploi (salariés multi-employeurs), d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale, étant précisé que pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise ou structure, cette dispense ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés doivent solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les structures relevant du champ d'application du régime, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, doivent mettre en œuvre ces cas de dispenses d'adhésion et n'ont pas la possibilité, afin d'assurer une cohérence entre les ACI, de prévoir d'autres facultés de non-adhésion.

Toutefois, la mise en œuvre de ces cas de dispense s'entend sans préjudice, en cas de formalisation de la couverture santé au sein de la structure par décision unilatérale, de l'application des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par la structure lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 4 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Article 4.1 - Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage

L'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de la structure en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

Notamment, la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

Article 4.2 - Maintien de la couverture frais de santé en application de l'article 4 de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », la couverture frais de santé sera maintenue :

- 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, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient dans les conditions prévues à l'article 4.1 du présent accord ;

- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Evin », rappelée à titre informatif dans le cadre du présent accord, incombe à l'organisme assureur.

Article 5 – Financement

Article 5.1 – Obligation des structures la branche

Les structures relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, devront respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans la structure.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de le formaliser au sein de la structure par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale formalisée par écrit et remise à chaque intéressé).

Article 5.2 – Modalités de cotisation dans le cadre des contrats souscrits auprès des organismes recommandés

- Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « isolé ».

  Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime. Les salariés ont également la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives, correspondant aux bases 2 et 3.

  Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

- Les cotisations servant au financement du remboursement de frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

  Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2015, à 3 170 €. Il est modifié une fois par an (au 1er janvier), par voie réglementaire.

La cotisation obligatoire et les cotisations facultatives « enfants » et « conjoint » sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, selon l'une des trois formules alternatives suivantes retenue par les structures :

Salariés relevant du régime général de sécurité sociale :

	Formule « Base 1 »		**Formule « Base 2 »**		**Formule « Base 3 »**	
	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale
Isolé (obligatoire)	0,455 %	0,455 %	0,555 %	0,555 %	0,670 %	0,670 %
Enfant (facultatif)	0,63 %	-	0,73 %	-	0,84 %	-
Conjoint (facultatif)	1,02%	-	1,24%	-	1,51%	-

Salariés relevant du régime local d'Alsace Moselle :

	Formule « Base 1 »		**Formule « Base 2 »**		**Formule « base 3 »**	
	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation patronale
Isolé (obligatoire)	0,250 %	0,250 %	0,350 %	0,350 %	0,465 %	0,465 %
Enfant (facultatif)	0,34 %	-	0,44 %	-	0,55 %	-
Conjoint (facultatif)	0,56%	-	0,78%	-	1,05%	-

Les cotisations pourront évoluer en fonction des résultats techniques du régime. Toute modification du ou des taux de cotisation proposée par les assureurs recommandés devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Article 6 – Prestations

Le régime des frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, ainsi que dans le respect du niveau de garanties tel que défini à l'article D.911-1 dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

Article 6.1 – Tableau des garanties

	Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale		
GARANTIES	**FORMULE « Base 1 »**	**FORMULE « Base 2 »**	**FORMULE « Base 3 »**
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie-hospitalisation : Frais de séjour conventionnée	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (CAS) (1)	120% BR	125% BR	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Non CAS)	100 % BR	105% BR	130 % BR
Forfait hospitalier	100 % du forfait réglementaire en vigueur sans limitation de durée en lieu et place de "couverture en frais réels, actuellement 18 € / Jour		
Chambre particulière par jour : conventionnée	Non couverte	0,75 % du PMSS	1,25 % du PMSS
Forfait actes lourds	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 €
Personne accompagnante : conventionnée	Non couverte	0,75 % du PMSS	1,25 % du PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultations-visites généralistes (CAS)	120% BR	120% BR	120% BR
Consultations-visites généralistes (Non CAS)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations-visites spécialistes (CAS)	120% BR	125 % BR	150 % BR
Consultations-visites spécialistes (Non CAS)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Pharmacie	100% BR sauf les médicaments à SMR faible remboursés à 15%	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	Non couverte	Non couverte	20 € par an et par bénéficiaire
Analyses	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	125 % BR
Actes techniques médicaux (C.A.S) (petite chirurgie)	120 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux (Non C.A.S) (petite chirurgie)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Radiologie (CAS)	120 % BR	125 % BR	150 % BR
Radiologie (Non CAS)	100 % BR	105 % BR	130 % BR
Orthopédie et autres prothèses	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses capillaires	100 % BR	100 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Prothèses auditives	100 % BR	250 € par oreille (Minimum TM)	500 € par oreille (Minimum TM)
Transport accepté par la Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale		
GARANTIES	**FORMULE « Base 1 »**	**FORMULE « Base 2 »**	**FORMULE « Base 3 »**
DENTAIRE limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR) (2)			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays-Inlays	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Orthodondie			
Acceptée par la Ss	125 % BR	150 % BR	175 % BR
Refusée par la Ss	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Prothèses dentaires			
Remboursées par la Ss : dents du sourire (3)	125 % BR	200 % BR	250 % BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Inlays-cores	125 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses non remboursées par la Ss	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Parodontologie	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Implantologie	Non couverte	Non couverte	Non couverte
OPTIQUE			
Verres et montures (4)	Verres : 80 € par verre Monture : 40 €	Grille optique n° 1	Grille optique n° 2
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	TM	100 € par an et par bénéficiaire (Minimum TM)	150 € par an et par bénéficiaire (Minimum TM)
Chirurgie réfractive	Non couverte	250 € par œil	500 € par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la SS	Non couverte	100 % BR	100 % BR
Médecines douces (Ostéopatie, Etiopathie, Acupuncteur...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Ostéodensitométrie osseuse			
Par bénéficiaire	Non couverte	Non couverte	Non couverte
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	Oui au ticket modérateur	Oui au ticket modérateur	Oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	Non couverte	Non couverte	Non couverte

GRILLES OPTIQUES N°1

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans inclus) (4)

Verres	Type	LPP	Sphère	Remboursement par verre*
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	**70,00 €**
		2263459 - 2282793	de-6,25 à -10	**80,00 €**
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10	
		2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	**90,00 €**
	Cylindre < à 4	2226412 - 2259966	de -6 à +6	**80,00 €**
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	**90,00 €**
	Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	**100,00 €**
		2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	**110,00 €**
Multifocaux	Sphérique	2290396 - 2291183	de -4 à +4	**140,00 €**
		2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	**150,00 €**
	Tout cylindre	2227038 - 2299180	de -8 à +8	**150,00 €**
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	**160,00 €**
Monture				**75,00 €**

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les mineurs (jusqu'à 17 ans inclus) (4)

Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Remboursement par verre*
Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	**50,00 €**
		2243540 - 2297441	de-6,25 à -10	**75,00 €**
		2243304 - 2291088	de +6,25 à +10	
		2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	**75,00 €**
	Cylindre < à 4	2200393 - 2270413	de -6 à +6	**60,00 €**
		2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	**75,00 €**
	Cylindre > à 4	2238941 - 2268385	de -6 à +6	**80,00 €**
		2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	**90,00 €**
Multifocaux	Sphérique	2264045 - 2259245	de -4 à +4	**110,00 €**
		2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	**120,00 €**
	Tout cylindre	2240671 - 2282221	de -8 à +8	**110,00 €**
		2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	**120,00 €**
Monture				**50,00 €**

GRILLES OPTIQUES N°2

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les adultes (plus de 18 ans inclus) (4)

Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Remboursement par verre*
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	**80,00 €**
		2263459 - 2282793	de-6,25 à -10	**90,00 €**
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10	
		2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	**100,00 €**
	Cylindre < à 4	2226412 - 2259966	de -6 à +6	**90,00 €**
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	**100,00 €**
	Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	**110,00 €**
		2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	**120,00 €**
Multifocaux	Sphérique	2290396 - 2291183	de -4 à +4	**150,00 €**
		2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	**160,00 €**
	Tout cylindre	2227038 - 2299180	de -8 à +8	**160,00 €**
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	**170,00 €**
Monture				**100,00 €**

Remboursement maximum de l'institution par verre pour les mineurs (jusqu'à 17 ans inclus) (4)

Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Remboursement par verre*
Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	**60,00 €**
		2243540 - 2297441	de-6,25 à -10	**80,00 €**
		2243304 - 2291088	de +6,25 à +10	
		2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	**80,00 €**
	Cylindre < à 4	2200393 - 2270413	de -6 à +6	**70,00 €**
		2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	**80,00 €**
	Cylindre > à 4	2238941 - 2268385	de -6 à +6	**90,00 €**
		2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	**100,00 €**
Multifocaux	Sphérique	2264045 - 2259245	de -4 à +4	**110,00 €**
		2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	**120,00 €**
	Tout cylindre	2240671 - 2282221	de -8 à +8	**110,00 €**
		2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	**120,00 €**
Monture				**75,00 €**

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement
(1) CAS : Médecins ayant adhéré au contrat d'accès au soins
(2) Limite à 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, au-delà la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR)
(3) Dents du sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Premières Prémolaires
Ces dents correspondent au numéro de dent 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44.
(4) Conformément au Décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

Les structures non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

Article 6.2 – garanties présentant un haut degré de solidarité

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche des ACI présente un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

1) la prise en charge de la part salariale de cotisation des apprentis affiliés au régime conventionnel de frais de santé dont le contrat est inférieur à 12 mois ;

2) le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche ;

3) la prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

Le versement de prestations à caractère non directement contributif est organisé dans le cadre d'un fonds social dédié, auquel devront cotiser les structures qui choisiront de rejoindre l'un des organismes recommandés. L'alimentation du fonds social est assurée par l'affectation d'une quote-part de la cotisation « isolé » versée aux organismes assureurs recommandés, d'un montant de 2%.

La gestion du fonds social sera confiée par la CPNN (commission paritaire nationale de négociation)à l'un des organismes recommandés pour la gestion du régime conventionnel. Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité seront définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et ledit organisme recommandé. L'organisme recommandé pour la gestion du présent régime obligatoire établira annuellement un rapport financier et un rapport d'activité de ce fonds, qu'il transmettra à la Commission Paritaire Nationale de Prévoyance prévue à l'article 7 du présent accord.

Les structures non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront également prévoir la mise en œuvre d'actions sociales au sein des régimes mis en place à leur niveau.

Article 7 – Suivi du régime complémentaire frais de santé

Le suivi du régime de complémentaire santé est assuré par la Commission Paritaire Nationale de Prévoyance.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 8 – Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés des ACI, les organismes assureurs suivants :

- MUTEX, société d'assurances régie par le Code des assurances, 125 avenue de Paris, 92320 CHATILLON ;

- APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, 38, rue François Peissel, 69300 CALUIRE et CUIRE ;

- MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le Code de la sécurité sociale, 21 rue Laffitte 75009 PARIS.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

ARTICLE 9 – Effet et durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1er janvier 2016.

Les employeurs qui le souhaitent pourront anticiper l'application du présent accord et s'affilier avant cette date au régime conventionnel de frais de santé auprès de l'un des organismes assureurs recommandés.

L'accord pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du Code du Travail.

ARTICLE 10 – Dépôt et demande d'extension

Le présent accord sera déposé dans les conditions prévues par le Code du travail.

Les signataires de l'accord demandent son extension auprès du ministre chargé de la Sécurité sociale et auprès du ministre chargé du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 15 Septembre 2015

SYNESI

CFDT

CFTC

CFE-CGC

CGT

CGT-FO