

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Arrêté du 18 novembre 2011 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif

NOR : SCSA1127482A

La ministre des solidarités et de la cohésion sociale,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200 ;
Vu les avis de la Commission nationale d'agrément, mentionnée à l'article R. 314-198, en date du 8 novembre 2011 ;
Vu les notifications en date du 18 novembre 2011,

Arrête :

Article 1^{er}

Est agréé, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française, l'accord collectif de travail suivant :

Avenant n° 2 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD), signé le 12 juillet 2011.

Article 2

La directrice générale de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 18 novembre 2011.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de la cohésion sociale,
S. FOURCADE

Nota. – Le texte de l'accord cité à l'article 1^{er} ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité* n° 12/11, disponible sur les sites intranet et internet du ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

ANNEXE

AVENANT N° 2/2011 À LA CONVENTION COLLECTIVE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE (BAD)

(Texte non paru au *Journal officiel*)

PRÉAMBULE

Le présent avenant annule et remplace le titre VII « Garanties sociales – Maintien de salaire, prévoyance et complémentaire santé » de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD), signée le 21 mai 2010.

Cet accord a notamment pour objet de préciser le sort des garanties incapacité, invalidité et décès conformément à l'article 26 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Le présent avenant, sous réserve de la publication au *Journal officiel* de ses arrêtés d'agrément et d'extension, entrera en vigueur le même jour que l'entrée en vigueur de la convention collective de branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Les parties signataires de la présente convention ont décidé des dispositions suivantes :

TITRE VII

GARANTIES SOCIALES – MAINTIEN DE SALAIRE, PRÉVOYANCE ET COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

CHAPITRE I^{er}

Maintien de salaire et prévoyance

A. – MAINTIEN DE SALAIRE

Article 1^{er}

Garantie maintien de salaire

1.1. Personnel concerné

Tout salarié ayant au moins six mois d'ancienneté, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué par mois.

1.2. Définition de la garantie

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident professionnel ou non, pris ou non en compte par la sécurité sociale, les salariés ont droit au maintien de salaire dans les conditions suivantes :

1.3. Délai de carence

3 jours en maladie ou accident de la vie courante.

0 jour en accident du travail ou maladie professionnelle.

1.4. Montant des prestations

Le montant du maintien de salaire, y compris les prestations sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique, pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale car effectuant moins de 200 heures par trimestre ou n'ayant pas suffisamment cotisé) et l'éventuel salaire à temps partiel, s'élève à 90 % du salaire brut. En aucun cas le salarié ne peut percevoir plus de 100 % de son salaire net mensuel.

La garantie « maintien de salaire » comprend également le remboursement des charges sociales patronales évaluées forfaitairement à 30 % des prestations versées.

1.5. Salaire de référence

Le calcul des prestations se fait sur le salaire brut moyen tranches A et B soumis à cotisations et perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire brut moyen (tranches A et B) du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations, y compris les éventuels éléments variables de rémunération.

1.6. Durée de la garantie

Les prestations sont versées pendant 90 jours maximum d'arrêt de travail décomptés par année mobile (12 mois consécutifs).

B. – PRÉVOYANCE

Article 2

Garantie incapacité temporaire

2.1. Personnel concerné

Tout salarié, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué par mois et quelle que soit son ancienneté.

2.2. Définition de la garantie incapacité

En cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident, professionnel ou non, indemnisé ou non par la sécurité sociale, les salariés ont droit à des indemnités journalières dans les conditions suivantes :

2.3. Point de départ du service des prestations

Dès la fin de la garantie maintien de salaire total pour les salariés ayant plus de six mois d'ancienneté, tel que prévu par l'article VII-1-1 du présent texte.

Pour les salariés n'ayant pas six mois d'ancienneté : à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu.

2.4. Durée du service des prestations

En tout état de cause, les prestations ne peuvent être versées au-delà du 1 095^e jour d'arrêt de travail.

2.5. Montant des prestations

Le montant des indemnités journalières « incapacité de travail », y compris les prestations brutes de sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique, pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale car effectuant moins de 200 heures par trimestre ou n'ayant pas suffisamment cotisé) et l'éventuel salaire à temps partiel, s'élève à 73 % du salaire brut.

En aucun cas le salarié ne peut percevoir plus de 100 % de son salaire net mensuel.

2.6. Financement

Dans le cadre de sa quote-part, le salarié finance l'intégralité de la garantie incapacité temporaire de travail.

Article 3

Garantie invalidité

3.1. Personnel concerné

Tout salarié ayant au moins six mois d'ancienneté, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué.

3.2. Définition de la garantie

En cas d'invalidité permanente reconnue par la sécurité sociale ou par le médecin contrôleur des organismes gestionnaires du régime, sur avis du médecin traitant, l'organisme assureur verse une rente complémentaire à celle versée par la sécurité sociale jusqu'au service de la pension vieillesse, allouée en cas d'incapacité au travail.

3.3. Montant des prestations

Le montant de la rente en cas d'invalidité permanente, y compris les prestations servies par la sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique, pour les salariés n'ouvrant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale car effectuant moins de 200 heures par trimestre ou n'ayant pas suffisamment cotisé), s'élève, pour les 2^e et 3^e catégories d'invalidité, à 75 % du salaire brut de référence.

En cas d'invalidité 1^{re} catégorie, le montant de la rente est égal aux 3/5 de celui retenu pour les 2^e et 3^e catégories. Le total des prestations perçues par l'assuré (sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires versés par l'organisme assureur) ne saurait excéder 75 % du salaire brut et, en tout état de cause, 100 % de son salaire net mensuel.

Article 4

Clause communes aux garanties incapacité-invalidité

4.1. Salaire de référence

Le calcul des prestations se fait sur le salaire brut moyen tranches A et B soumis à cotisations et perçu au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, le salaire de référence est reconstitué sur la base du salaire brut moyen (tranches A et B) du ou des derniers mois civils d'activité ayant donné lieu à cotisations, y compris les éventuels éléments variables de rémunération.

4.2. Limitation des prestations

Le total des prestations perçues par l'assuré (sécurité sociale, éventuel salaire à temps partiel ou revenu de remplacement et prestations complémentaires versées par l'organisme assureur) ne saurait excéder 100 % de son salaire net mensuel.

4.3. Revalorisation des prestations

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité sont revalorisées chaque année au 1^{er} juillet en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC.

La première revalorisation des prestations incapacité et invalidité sera mise en œuvre au plus tôt au-delà du 181^e jour d'arrêt de travail comme indiqué dans le protocole de gestion administrative.

Article 5

Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

5.1. Personnel concerné

Tout salarié, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué par mois et quelle que soit l'ancienneté.

5.2. Définition de la garantie

En cas de décès d'un salarié, il est versé aux bénéficiaires un capital dont le montant est fixé à 200 % du salaire annuel brut de référence.

Le capital ainsi calculé est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le salarié.

En l'absence de désignation de bénéficiaire(s) ou lorsque l'ensemble des bénéficiaires a renoncé ou disparu, le capital est versé dans l'ordre suivant :

- à son conjoint non séparé de corps judiciairement ;
- au partenaire de PACS ;
- au concubin tel que défini à l'article VII-20-1 ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à ses parents, par parts égales ;
- à défaut, à ses grands-parents, par parts égales ;
- et, à défaut, à ses héritiers suivant la dévolution successorale.

5.3. Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) correspond à l'invalidité 3^e catégorie reconnue par la sécurité sociale ou par le médecin-conseil de l'organisme assureur. Elle est assimilée au décès et donne lieu au versement par anticipation du capital décès. Ce versement met fin à la garantie décès.

5.4. Salaire de référence

Le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire brut tranches A et B perçu au cours des 12 derniers mois précédant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Lorsqu'une période d'arrêt de travail pour maladie ou accident intervient avant la survenance d'un décès ou d'une perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), le salaire de référence retenu est celui précédant la date d'arrêt de travail.

Ce salaire est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC constatée entre la date de début de l'arrêt de travail et la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Si le salarié ne compte pas 12 mois d'ancienneté, le salaire de référence est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle des salaires bruts (tranches A et B) versés, y compris les éventuels éléments variables de rémunération.

Article 6

Garantie rente éducation

6.1. Personnel concerné

Tout salarié, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué par mois et quelle que soit l'ancienneté.

6.2. Définition de la garantie

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) d'un salarié, telle que définie ci-dessus, il sera versé au profit de chaque enfant fiscalement à charge une rente temporaire dont le montant est fixé à :

- 10 % du salaire de référence tel que défini pour la garantie décès, jusqu'à 17 ans révolus ;
- 15 % du salaire de référence tel que défini pour la garantie décès, entre 18 ans et 25 ans révolus.

6.3. Durée de la prestation

La rente est versée à chaque enfant à charge (au sens fiscal du terme) :

- jusqu'au 18^e anniversaire ;
- jusqu'au 26^e anniversaire sous réserve qu'ils remplissent les conditions énoncées ci-après dans le paragraphe consacré à la définition des enfants à charge ;
- sans limitation de durée, en cas d'invalidité avant le 26^e anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du salarié.

6.4. Définition des enfants à charge

Lorsque les garanties prennent en compte les enfants à charge au moment du décès du salarié, sont considérés comme tels dans les cas suivants :

- les enfants à naître ;
- les enfants nés viables ;
- les enfants recueillis – c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du concubin ou du partenaire lié par un PACS – du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Sont également considérés comme enfants à charge au moment du décès du salarié les enfants du salarié, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus :

- jusqu'à leur 18^e anniversaire, sans condition ;
- du 18^e jusqu'à leur 26^e anniversaire, et sous condition, soit :
 - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant, d'une part, des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

En tout état de cause, les enfants répondant aux définitions et conditions ci-dessus doivent obligatoirement être également à la charge, au sens fiscal du terme, du bénéficiaire

6.5. Revalorisation des rentes éducation

Les rentes éducation sont soumises à une revalorisation propre à l'OCIRP.

Les rentes sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet selon les coefficients fixés par le conseil d'administration de l'Union-OCIRP.

Article 7

Maintien des garanties en cas de décès au profit des assurés en arrêt de travail en cas de résiliation du contrat d'assurance ou de non-renouvellement de la désignation

7.1. Salarié ou ancien salarié bénéficiant du maintien de la garantie décès

Les garanties du régime de prévoyance conventionnel en cas de décès, telles que définies aux articles VII-5 et VII-6, sont maintenues, en cas de résiliation du contrat d'assurance ou du non-renouvellement de la désignation des organismes assureurs cités à l'article VII-12, au salarié ou ancien salarié en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité bénéficiant des prestations complémentaires d'incapacité de travail ou d'invalidité.

7.2. Définition de la garantie décès

La garantie maintenue en cas de résiliation du contrat d'assurance ou de non-renouvellement de la désignation s'applique à tout décès survenu à compter de la date d'effet du régime de prévoyance.

N'entre pas dans le maintien de la garantie en cas de résiliation du contrat d'assurance ou de non-renouvellement de la désignation la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) du salarié ou de l'ancien salarié survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance ou du non-renouvellement de la désignation.

La revalorisation du salaire de référence servant au calcul des prestations cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance ou du non-renouvellement de la désignation.

Les exclusions de garanties prévues par l'accord s'appliquent également à la garantie décès maintenue en cas de résiliation du contrat d'assurance ou de non-renouvellement de la désignation.

La garantie décès, telle que définie ci-dessus, est maintenue :

- jusqu'au 1095^e jour d'arrêt de travail indemnisé pour incapacité de travail par l'organisme assureur de l'adhérent ;
- en cas d'invalidité indemnisée à titre complémentaire, par l'organisme assureur de l'adhérent ;
- dans tous les cas, jusqu'à la date d'acquisition de la pension du régime de base d'assurance vieillesse.

Article 8

Risques en cours à la date d'effet du régime

Les entreprises ou organismes employeurs privés à but non lucratif qui rejoignent le régime conventionnel alors qu'un ou plusieurs de leurs salariés sont en arrêt de travail à la prise d'effet des présentes garanties devront en faire la déclaration auprès de leur organisme assureur, au moyen d'une liste déclarative des risques en cours.

Au vu de cette déclaration et selon le cas, seront garantis, à la prise d'effet de l'adhésion de l'entreprise :

- l'indemnisation intégrale (indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes éducation et capitaux décès prévus au présent article) au profit des salariés en arrêt de travail et indemnisés à ce titre par la sécurité sociale (ou non, pour les salariés n'ayant pas droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale en raison du nombre d'heures travaillées ou du montant des cotisations insuffisant) et dont le contrat de travail est en cours à la date d'effet de l'adhésion, alors qu'il n'existe aucun organisme assureur précédent ;
- les revalorisations futures, portant sur les indemnités journalières, rentes d'invalidité, rentes d'éducation en cours de service versées au titre d'un contrat précédent souscrit par l'adhérent, auprès d'un organisme assureur autre que ceux désignés à l'article 12 ci-après ;
- l'éventuel différentiel de garanties décès, en cas d'indemnisation moindre prévue par un précédent contrat de prévoyance collective conclu par l'adhérent, au profit des salariés en arrêt de travail dont le contrat de travail n'est pas rompu à la date d'effet de l'adhésion.

Ces dispositions ne seront accordées qu'aux structures qui adhéreront au présent régime au plus tard 12 mois après l'entrée en vigueur de la présente convention. Au-delà de cette date, la prise en compte des garanties décès, incapacité de travail, invalidité au titre des arrêts de travail en cours sera conditionnée au règlement, par la structure, d'une cotisation spécifique correspondant à la couverture de ces risques, calculée par les organismes désignés.

Les indemnisations accordées au titre des risques en cours seront accordées à effet du jour de l'adhésion de la structure au régime et seront maintenues au travers d'un fonds spécifique, réservé à cet usage. Les organismes désignés étudieront l'impact de ce maintien et, à l'issue des premières années de gestion du présent régime, présenteront à la commission paritaire de gestion les impacts financiers de ces reprises d'encours.

Article 9

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

9.1. Suspension du contrat de travail des assurés donnant lieu à indemnisation par l'employeur

Les garanties définies au présent régime de maintien de salaire et de prévoyance sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de rémunération, ou de prestations en espèces de la sécurité sociale (ou d'une prise en charge à titre complémentaire sur décision du médecin contrôleur ou conseil de l'organisme assureur).

Dans ce cas, la contribution de l'employeur doit être maintenue et le salarié doit acquitter la part salariale de la cotisation, calculée selon les règles du régime de prévoyance conventionnel, et ce pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée, sauf cas d'exonération de la totalité de la cotisation telle que définie à l'article 11.

Le maintien des garanties est assuré :

- tant que son contrat de travail n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant la période d'assurance et lorsque les prestations de la sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident, de l'invalidité, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

9.2. Suspension du contrat de travail des assurés ne donnant pas lieu à indemnisation par l'employeur

Dans tous les autres cas de suspensions du contrat de travail des salariés non indemnisés (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de soutien familial, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié...), les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension du contrat de travail de l'intéressé et aucune cotisation n'est due.

Les arrêts de travail ou le décès survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à indemnisation au titre du régime de prévoyance conventionnel de la BAD.

La suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle. Les garanties reprennent effet dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

9.3. Maintien optionnel des garanties décès dans le cas d'une suspension de contrat de travail non indemnisée

Les garanties prévues en cas de décès (capital et rentes éducation) peuvent être maintenues aux salariés en suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation, sous réserve que le salarié en fasse la demande dans le mois suivant le début de la suspension de son contrat de travail et sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation correspondante par ce même salarié.

La cotisation afférente aux garanties décès (capital et rentes éducation) est celle appliquée pour les salariés en activité. Le salaire servant de base au calcul des prestations et des cotisations est le salaire brut total tranches A et B perçu au cours des 12 derniers mois civils précédant la date de la suspension du contrat de travail et ayant donné lieu à cotisations.

C. – DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AU MAINTIEN DE SALAIRE ET PRÉVOYANCE

Article 10

Exclusions – Prescription

Les exclusions applicables au contrat pour les différents risques décès et arrêt de travail sont les suivantes :

Ne sont pas garanties les conséquences, limitativement énumérées ci-après :

- d'une guerre ou d'une guerre civile, française ou étrangère ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- d'accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telles que par exemple la fission, la fusion, la radioactivité, ou du fait de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques ;
- des accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires et ceux survenant à l'occasion d'exercices de préparation militaire ou en résultant.

Le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale pour l'homicide volontaire ou la tentative d'homicide volontaire de l'assuré est déchu de tout droit au capital décès ou rente éducation. Le capital est versé aux autres bénéficiaires, à l'exception de ceux reconnus comme coauteurs ou complices.

Toutes actions et demandes de prestations concernant les garanties souscrites par l'entreprise ne sont plus recevables dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Pour la mise en œuvre du délai de prescription, il est fait application des dispositions prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 221-11 du code de la mutualité.

Ce délai est porté à dix ans lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé et à cinq ans en cas d'incapacité de travail.

Article 11

Cotisation et répartition des cotisations

Considérant que le risque invalidité constitue, eu égard à l'âge moyen et à l'ancienneté des salariés, un risque majeur lourd de conséquences financières, il est décidé par les partenaires sociaux, dans le cadre d'une répartition globale de 1/3 à charge du salarié et de 2/3 à charge de l'employeur, que la cotisation liée à ce risque serait majoritairement financée par ce dernier, en contrepartie d'une prise en charge exclusive par le salarié de la cotisation du risque incapacité temporaire de travail. En tout état de cause, cette répartition de 1/3 à la charge du salarié et de 2/3 à la charge de l'employeur est définitive.

Le taux de 4,13 % tranche A et tranche B, exprimé en pourcentage du salaire brut, est réparti comme suit :

(En pourcentage.)

GARANTIES	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Maintien de revenu (avec 30 % charge patronale)	1,20		1,20
Incapacité		0,90	0,90
Invalidité	1,19	0,45	1,64
Décès	0,26		0,26
Rente éducation	0,08		0,08
Maintien garantie décès	0,02		0,02
Mutualisation (passif)	0,03		0,03
Total	2,78	1,35	4,13

Cotisation additionnelle finançant le passif résultant de la loi portant réforme des retraites

Dans le prolongement de l'article 26 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, un complément de provisions mathématiques doit être constitué par les organismes assureurs au titre du maintien de la garantie décès et des arrêts de travail survenus au 31 décembre 2010 pour les contrats conclus avant cette date.

S'agissant des sinistres en cours précédemment couverts auprès d'un autre organisme assureur que ceux désignés dans le présent régime, conformément aux dispositions prévues par l'article 26 susvisé, le présent régime prévoit la reprise intégrale des engagements relatifs au maintien de la garantie incapacité de travail-invalidité du contrat résilié. En contrepartie, les provisions constituées par l'ancien assureur au titre du maintien de ces garanties seront transférées à l'organisme désigné qui enregistre l'adhésion. Dans ce cas, l'indemnité de résiliation prévue par le dispositif légal précité, au profit de l'ancien assureur, n'est pas exigible.

Le surcoût inhérent à ce provisionnement complémentaire a été évalué à 1,00 % de la masse salariale.

Étant entendu que les sinistres en cours précédemment assurés par un des organismes codésignés restent attachés aux anciens dispositifs, un compte spécifique sera établi afin de suivre le financement du passif résultant de la loi portant réforme des retraites. Ce compte fera l'objet d'un suivi particulier et pourra donner lieu à un réajustement de cotisation.

Ainsi, ce surcoût sera financé par une cotisation additionnelle de 0,20 % à compter du 1^{er} janvier qui suit la date de publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension jusqu'au 31 décembre 2015.

La cotisation additionnelle de 0,20 % tranche A et tranche B, exprimée en pourcentage du salaire brut, est répartie comme suit :

(En pourcentage.)

GARANTIES	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Passif réforme des retraites	0,13	0,07	0,20

Si le compte spécifique établi au titre du passif relatif à la réforme des retraites demeure déficitaire au 31 décembre 2015, une cotisation supplémentaire pourra être appelée en 2016 après accord des partenaires sociaux pour financer le déficit résiduel.

La cotisation additionnelle sera égale à 0,20 % de la masse salariale, moins le pourcentage correspondant à la charge financée par les résultats de l'exercice 2011 présentés à la branche par les assureurs tenants antérieurement à la mise en place de l'accord.

Les transferts d'entreprises entre organismes assureurs donneront ainsi lieu à un transfert de provisions dont le montant devra être calculé tête par tête selon les tables, taux d'actualisation, frais, etc. arrêtés par les organismes désignés.

En cas de dénonciation du régime de prévoyance branche aide à domicile avant le remboursement total de la cotisation additionnelle finançant le passif résultant de la loi portant réforme des retraites, une indemnité de résiliation est due dont le montant est égal à la différence entre le montant des provisions techniques à constituer, permettant de couvrir intégralement les engagements relatifs à la poursuite des prestations « incapacité » et « invalidité » et au maintien de la garantie décès, et le montant des provisions techniques effectivement constituées au jour de la dénonciation, et ce au titre des incapacités et invalidités en cours à la date de la dénonciation.

Article 12

Gestion du régime

Sont désignés pour assurer les risques maintien de salaire, incapacité, invalidité et décès, les organismes suivants :

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ; siège social : 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

Aprionis Prévoyance, issue de la fusion de Ionis Prévoyance avec Apri Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ; siège social : 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.

UNPMF (la gestion est confiée à la mutuelle Chorum, 56-60, rue Nationale, 75013 Paris), union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, enregistrée au registre national des mutuelles sous le numéro 442 574 166 ; siège social : 255, rue de Vaugirard, 75015 Paris.

Toutes les structures relevant de la branche professionnelle doivent rejoindre l'un des organismes désignés à la date d'effet de la convention telle que définie à l'article I-2 du chapitre 2 du titre I^{er} de la CCN.

Le choix de l'organisme assureur par la structure fait l'objet, au préalable, d'une consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, s'ils existent.

Les associations, fédérations et groupements adhérant à l'Union nationale ADMR continuent d'adhérer et adhéreront pour leur régime de prévoyance auprès d'AG2R Prévoyance (organisme assureur précédemment désigné) sous réserve de la mise à niveau des garanties et taux de cotisation prévus à la présente convention collective de branche.

Est désigné pour assurer la garantie rente éducation : l'organisme commun des institutions de rente et de prévoyance (OCIRP), union d'institutions de prévoyance relevant de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale et agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale et dont le siège est au 10, rue Cambacérés, 75008 Paris.

Les organismes précédemment désignés, assureurs des garanties maintien de salaire, incapacité, invalidité et décès, agissent pour le compte de l'OCIRP en qualité d'organismes gestionnaires.

Est désigné comme organisme réassureur commun : CNP Assurance, société anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, 341 737 062 RCS Paris ; siège social : 4, place Raoul-Dautry, 75716 Paris Cedex 15.

Contrat d'assurance et de gestion administrative

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités d'assurance font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans le contrat d'assurance et de gestion administrative conclu entre les signataires de la présente convention et les organismes désignés ci-dessus.

Article 13

Réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la périodicité du réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation interviendra, au plus tard, tous les cinq ans.

À cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au moins six mois à l'avance, au regard de la date d'échéance, pour étudier le rapport spécial des organismes désignés sur les comptes de résultat de la période écoulée et sur les perspectives d'évolution du régime.

À l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans l'organisation de la mutualisation qu'il instaure.

En cas de dénonciation de la désignation, les prestations incapacité, invalidité et rente éducation en cours continueront à être servies à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement. De même, le ou les anciens organismes assureurs maintiendront les garanties capital décès et rente éducation au profit de tous les bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité à la date de résiliation ou de non-renouvellement de la désignation.

Par ailleurs, les partenaires sociaux organiseront, avec le nouvel organisme assureur, la poursuite des revalorisations portant sur ces mêmes prestations, ainsi que le maintien des garanties capital décès et rente éducation au profit de tous les bénéficiaires d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité ou d'incapacité permanente.

Article 14

Fonds social dédié à la branche de l'aide à domicile

Un fonds social dédié est créé par les partenaires sociaux de la branche de l'aide à domicile, qui en assurent la gouvernance et qui en délèguent la gestion aux organismes de prévoyance visés à l'article VII-12 de la présente convention. Les modalités de gestion de ce fonds sont définies dans le protocole de gestion administrative spécifique, conclu entre les partenaires sociaux de la branche et ces mêmes organismes.

Article 15

La commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance

La composition de la commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance est identique à celle de la commission paritaire nationale de suivi, définie à l'article II-13 (a) de la présente convention.

Les attributions et le fonctionnement de cette commission sont définis dans une convention de gestion.

CHAPITRE II

Complémentaire santé

Les dispositions du présent chapitre définissent le régime conventionnel de remboursement des frais de santé obligatoire pour les salariés de la branche de l'aide à domicile à l'exception de ceux visés à l'article 17-2 du présent chapitre.

Elles répondent aux objectifs suivants :

- permettre aux salariés de la branche l'accès à des garanties de protection sociale complémentaire ;
- mutualiser, au niveau professionnel, le risque maladie et les frais qui peuvent en découler afin de faciliter la mise en place de tels régimes au niveau des entreprises de la branche, et ce sans considération notamment de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés.

Article 16

Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent régime s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la présente convention collective, au bénéfice des salariés et personnes tels que définis à l'article 2, pour les frais de santé engagés à compter de l'entrée en vigueur du présent régime et sa mise en place dans l'entreprise.

Article 17

Les bénéficiaires de la garantie

17.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture « base prime » telle que visée à l'article 23-1 dès leur embauche dans l'entreprise. Les salariés qui peuvent justifier des cas dérogatoires cités à l'article suivant ne bénéficient pas du présent régime.

17.2. Les cas dérogatoires

Par dérogation au caractère obligatoire, peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant régulièrement à leur employeur les justificatifs correspondants :

a) Les salariés qui se trouvent dans les cas suivants lors de la mise en place du présent régime conventionnel dans leur entreprise :

- salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si le salarié ne peut pas le résilier par anticipation) ;
- salariés déjà couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint. Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie.

b) Les salariés qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers :
 - les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à douze mois qui demandent à être dispensés d'affiliation doivent le faire savoir par écrit en produisant tous documents justifiant d'une couverture souscrite par ailleurs ;
 - en revanche, la dispense d'affiliation est de droit pour les salariés bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois ;
- salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale). La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel (si le salarié ne peut pas le résilier par anticipation) ;
- salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale). La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à échéance annuelle des droits CMU-C ;
- salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples). Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie par ailleurs ;
- salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) et apprentis n'ayant qu'un seul employeur, dès lors que la part de cotisation qu'ils devraient acquitter est au moins égale à 10 % de leur rémunération.

Pour l'application de ces cas dérogatoires, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'adhésion à la garantie frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre, au plus tard dans les trente jours qui suivent la proposition d'adhésion, un écrit signé par chacun des salariés concernés accompagné des éventuels justificatifs nécessaires stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus.

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie frais de santé. Dans ce cas, leur adhésion prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion est alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser et d'adhérer à la garantie frais de santé lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

En outre, aucun autre cas dérogatoire ne peut être accordé.

Article 18

Amélioration de la couverture frais de santé du salarié

Chaque salarié peut améliorer sa couverture frais de santé en optant pour un niveau supérieur de remboursement avec les formules « Confort » ou « Confort Plus », respectivement détaillées aux articles 23-2 et 23-3 du présent chapitre.

L'extension prend effet :

- au plus tôt, à la date d'affiliation au présent régime lorsque la demande est faite concomitamment ;
- à défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'extension par l'organisme désigné.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier. Elle doit être payée à l'organisme désigné.

Article 19

Extension de la garantie frais de santé aux ayants droit du salarié

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié.

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- son conjoint ;
- et/ou
- ses enfants.

La notion de conjoint et enfants à charge étant comprise au sens du présent régime.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme désigné de la demande d'extension si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié. Elle doit être payée à l'organisme désigné.

Article 20

Définition du conjoint et des enfants à charge

20.1. Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée de un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS).

20.2. Enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou, s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la législation sociale ;
- ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants ;
- ou
- être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle emploi ;
- ou
- être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...);
- ou
- lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Article 21

Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme désigné dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent régime au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 22

Conditions de la garantie frais de santé

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau ci-après, ils incluent les prestations de la sécurité sociale.

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes sécurité sociale et complémentaires ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, pour les contrats dits « responsables », permettant ainsi de bénéficier, dans les conditions et limites prévues par la législation en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime, de :

- l'exonération des charges sociales sur les cotisations pour l'employeur ;
- la déductibilité des cotisations du revenu net imposable, pour le salarié.

Article 23

Tableau des garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les garanties sont exprimées en remboursements de la sécurité sociale inclus et sont présentées dans les tableaux annexés selon trois niveaux de remboursement :

- régime « base prime » ;
- option « Confort » ;
- option « Confort Plus ».

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées.

23.1. Régime « base prime »

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ET DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS	
	Conventionné	Non Conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE		
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS	150 % de la BR	80 % FR
Frais de séjour pris en charge par la SS	150 % des BR	limité à 150 % de la BR 80 % des FR limité à 150 % de la BR
Chambre particulière (limitée à un an)		2 % du PMSS
Forfait hospitalier		100 % des Frais réels
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans)		Néant
Frais de transport pris en charge par la SS		100 % de la BR
ACTES MEDICAUX		
Consultations, visites généralistes prises en charge par la SS		
▪ Parcours de soins	150 % de la BR	
▪ Hors parcours de soins	100 % de la BR	
Consultations, visites spécialistes pris en charge par la SS		
▪ Parcours de soins	150 % de la BR	80 % FR dans la limite de
▪ Hors parcours de soins	100 % de la BR	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Analyses et examens de laboratoires pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux pris en charge par la SS (hors hospitalisation)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie pris en charge par la SS	100 % de la BR	
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SS		100 % de la BR
DENTAIRE		
Soins dentaires pris en charge par la SS (y compris inlay simple, onlay)		100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (y compris inlay core & clavette)		300 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS		300 % de la BR
Orthodontie, parodontologie, ou prothèses dentaires non prises en charge par la SS		Néant
OPTIQUE (chaque acte de ce poste est limité à un équipement par an et par bénéficiaire)		
Monture Adulte prise en charge par la SS		3 % du PMSS.
Verres Adulte pris en charge par la SS		Forfait 1 % du PMSS pour les 2 verres + 1750 % BR pour chaque verre
Monture Enfants (moins de 18 ans)		2 % du PMSS
Verres Enfants (moins de 18 ans)		1000 % BR pour chaque verre
Lentilles prises en charge par la SS		3 % du PMSS
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit annuel par bénéficiaire : 3% PMSS
Kératotomie (chirurgie de la myopie)		Crédit annuel de 200 € par œil
PROTHESES MEDICALES		
- Prothèses auditives prises en charge par la SS (y compris piles)		100% de la BR + 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire
- Orthopédie, prothèses médicales, appareillage pris en charge par la SS		100 % de la BR
CURES THERMALES (prises en charge par la SS)		
Frais de traitement et honoraires		100 % de la BR
Frais de séjour, voyage et d'hébergement		Néant
MEDECINE ALTERNATIVE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)		Néant
MATERNITE		
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours)		2 % du PMSS
Forfait par enfant (dans la limite des frais réels engagés)		Forfait de 5 % du PMSS
DIVERS		
Vaccin anti-grippe non remboursé par la SS		100% des FR
Contraception		2,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Actes médicaux > 120 €		18 €
Actes de prévention du contrat responsable (arrêté du 8 juin 2006)		Détarfrage annuel complet + vaccinations

BR : Base de Remboursement pour les actes relevant de la CCAM (Classification commune des actes médicaux), Tarif de Convention pour les actes référencés NGAP (Nomenclature Générale des actes professionnels) ; FR : Frais réels ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SS : Sécurité sociale

23.2. Régime « Confort »

Les garanties souhaitées pour ce régime optionnel au choix du salarié sont les suivantes :

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE + REGIME « BASE PRIME » DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS	
	Conventionné	Non Conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE		
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS	250 % de la BR	80 % FR limité à 250 % de la BR
Frais de séjour pris en charge par la SS	250 % des BR	80 % des FR limité à 250 % de la BR
Chambre particulière (limitée à un an)		3 % du PMSS
Forfait hospitalier		100 % des Frais réels
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans)		2 % du PMSS
Frais de transport pris en charge par la SS		100 % de la BR
ACTES MEDICAUX		
Consultations, visites généralistes prises en charge par la SS		
▪ Parcours de soins	150 % de la BR	
▪ Hors parcours de soins	100 % de la BR	
Consultations, visites spécialistes pris en charge par la SS		
▪ Parcours de soins	200 % de la BR	80 % FR dans la limite de 100% de la BR
▪ Hors parcours de soins	150 % de la BR	
Auxiliaires médicaux pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Analyses et examens de laboratoires pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux pris en charge par la SS (hors hospitalisation)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie pris en charge par la SS	100 % de la BR	
PHARMACIE (prise en charge par la SS)		100 % de la BR
DENTAIRE		
Soins dentaires pris en charge par la SS (y compris inlay simple, onlay)		100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (y compris inlay core & clavette)		300 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS		300 % de la BR
Orthodontie, parodontologie, ou prothèses dentaires non prises en charge par la SS		Crédit annuel de 300 € par an et par bénéficiaire
OPTIQUE (chaque acte de ce poste est limité à un équipement par an et par bénéficiaire)		
Monture Adulte prise en charge par la SS		5 % du PMSS
Verres Adulte pris en charge par la SS		Forfait 2 % du PMSS pour les 2 verres + 2000 % BR pour chaque verre
Monture Enfants (moins de 18 ans)		3 % du PMSS
Verres Enfants (moins de 18 ans)		1500% BR pour chaque verre
Lentilles prises en charge par la SS		5 % du PMSS
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit annuel par bénéficiaire : 5 % PMSS
Kératotomie (chirurgie de la myopie)		Crédit annuel de 300 € par œil
PROTHESES MEDICALES		
- Prothèses auditives prises en charge par la SS (y compris piles)		100% de la BR + 15 % du PMSS par an et par bénéficiaire
- Orthopédie, prothèses médicales, appareillage pris en charge par la SS		100 % de la BR
CURES THERMALES (prises en charge par la SS)		
Frais de traitement et honoraires		100 % de la BR
Frais de séjour, voyage et d'hébergement		Forfait de 10% du PMSS
MEDECINE ALTERNATIVE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)		Néant
MATERNITE		
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours)		3 % du PMSS
Forfait par enfant (dans la limite des frais réels engagés)		Forfait de 10 % du PMSS
DIVERS		
Vaccin anti-grippe non remboursé par la SS		100% des FR
Contraception		2,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire
Actes médicaux > 120 €		18 €
Actes de prévention du contrat responsable (arrêté du 8 juin 2006)		Détartrage annuel complet + vaccinations

BR : Base de Remboursement pour les actes relevant de la CCAM (Classification commune des actes médicaux), Tarif de Convention pour les actes référencés NGAP (Nomenclature Générale des actes professionnels) ; FR : Frais réels ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SS : Sécurité sociale

23.3. Régime « Confort Plus »

Les garanties souhaitées pour ce régime optionnel au choix du salarié sont les suivantes :

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES INCLUANT LE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE + RÉGIME « BASE PRIME » DANS LA LIMITE DES FRAIS REELS	
	Conventionné	Non Conventionné
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE		
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS	350 % de la BR	80 % FR limité à 350 % de la BR
Frais de séjour pris en charge par la SS	350 % des BR	80 % des FR limité à 350 % de la BR
Chambre particulière (limitée à un an)		4 % du PMSS
Forfait hospitalier	100 % des Frais réels	
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans)	2% du PMSS	
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % de la BR	
ACTES MÉDICAUX		
Consultations, visites généralistes prises en charge par la SS		
▪ Parcours de soins	150 % de la BR	
▪ Hors parcours de soins	100 % de la BR	
Consultations, visites spécialistes pris en charge par la SS		
▪ Parcours de soins	250 % de la BR	80 % FR dans la limite de
▪ Hors parcours de soins	150 % de la BR	150 % de la BR
Auxiliaires médicaux pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Analyses et examens de laboratoires pris en charge par la SS	100 % de la BR	
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux pris en charge par la SS (hors hospitalisation)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie pris en charge par la SS	100 % de la BR	
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SS		100 % de la BR
DENTAIRE		
Soins dentaires pris en charge par la SS (y compris inlay simple, onlay)		100 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (y compris inlay core & clavette)		400 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS		400 % de la BR
Orthodontie, parodontologie, ou prothèses dentaires non prises en charge par la SS		Crédit annuel de 600 € par an et par bénéficiaire
OPTIQUE (chaque acte de ce poste est limité à un équipement par an et par bénéficiaire)		
Monture Adulte prise en charge par la SS		6 % du PMSS
Verres Adulte pris en charge par la SS		Forfait 3 % du PMSS pour les 2 verres + 2500 % BR pour chaque verre
Monture Enfants (moins de 18 ans)		3 % du PMSS
Verres enfants (moins de 18 ans)		2000 % BR pour chaque verre
Lentilles prises en charge par la SS		5 % du PMSS
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit annuel par bénéficiaire : 6 % PMSS
Kératotomie (chirurgie de la myopie)		Crédit annuel de 400 € par oeil
PROTHÈSES MÉDICALES		
Prothèses auditives prises en charge par la SS (y compris piles)	100 % de la BR + 25 % du PMSS par an et par bénéficiaire	
Orthopédie, prothèses médicales, appareillage pris en charge par la SS		150 % de la BR
CURES THERMALES (prises en charge par la SS)		
Frais de traitement et honoraires		100 % de la BR
Frais de séjour, voyage et d'hébergement		Forfait de 10 % du PMSS
MÉDECINE ALTERNATIVE		
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	
MATERNITE		
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours)		4 % du PMSS
Forfait par enfant (dans la limite des frais réels engagés)		Forfait de 10 % du PMSS
DIVERS		
Vaccin anti-grippe non remboursé par la SS		100% des FR
Contraception	3,50% du PMSS par an et par bénéficiaire	
Actes médicaux > 120 €		18 €
Actes de prévention du contrat responsable (arrêté du 8 juin 2006)		Détartrage annuel complet + vaccinations

BR : Base de Remboursement pour les actes relevant de la CCAM (Classification commune des actes médicaux), Tarif de Convention pour les actes référencés NGAP (Nomenclature Générale des actes professionnels) ; FR : Frais réels ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SS : Sécurité sociale

Article 24

Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Les cotisations et les prestations servies par le régime complémentaire sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Article 25

Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime « base prime » et, le cas échéant, le salarié s'acquittera de la cotisation correspondant aux régimes « confort » ou « confort plus » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme désigné en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. À défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme désigné de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié *via* l'entreprise adhérente au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime.

Article 26

Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent :

- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Évin visés à l'article 21 ;
- à la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie du personnel définie à l'article 17-1.

Forclusion

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations de gestionnaire, sauf cas de force majeure ou cas fortuit ou si le gestionnaire ne subit pas de préjudice.

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime, notamment les demandes de prestations, sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 221-11 du code de la mutualité.

Article 27

Contrat d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités d'assurance font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans le contrat d'assurance et de gestion administrative du régime conclu entre les signataires de la présente convention et les organismes désignés ci-après.

Article 28

Cotisations du régime « base prime »

28.1. Montant de la cotisation

À la date d'entrée en vigueur de la présente convention, la cotisation « frais de santé » du régime « base prime » au profit du salarié seul est égale à :

37,29 € par mois (hors taxe spéciale sur les conventions d'assurance) pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale.

24,20 € par mois (hors taxe spéciale sur les conventions d'assurance) pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

La charge de cotisation doit être répartie comme suit :

40 % pour l'employeur.

60 % pour le salarié.

La cotisation est révisable par accord paritaire.

28.2. Obligation des structures adhérentes, adhésion, affiliation et paiement des cotisations

a) Adhésion. – Affiliation

Afin d'adhérer au régime, la structure concernée devra retourner à l'organisme désigné pour la gestion des garanties un bulletin d'adhésion, qui lui aura été adressé par ledit organisme, dûment rempli, daté et signé.

Elle devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie à l'article 17-1.

L'entreprise devra remettre à chaque salarié concerné la notice d'information établie et délivrée par l'organisme désigné afin de lui faire connaître ses droits et obligations, ainsi que les caractéristiques du présent régime.

Elle devra fournir un état récapitulatif complet du personnel concerné, comprenant notamment, pour chacun des salariés, la situation de famille.

b) Déclarations

Les déclarations faites tant par la structure adhérente que par le salarié servent de base à la mise en œuvre des garanties.

L'organisme désigné pour la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

c) Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Le paiement doit être effectué dans les quinze premiers jours du trimestre civil suivant celui au titre duquel les cotisations sont dues.

Les régularisations éventuelles sont effectuées à la fin de chaque année.

Les versements sont opérés par chèque bancaire ou par virement.

La structure adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

À défaut des cotisations dans les dix jours suivant leur échéance, l'organisme désigné pour la gestion envoie à la structure adhérente une lettre de mise en demeure en recommandé avec avis de réception. Le cas échéant, le gestionnaire peut engager une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

Article 29

Modalités d'adhésion et de mutualisation

29.1. Organismes désignés

Sont désignés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé, les organismes suivants :

AG2R prévoyance, institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ; siège social : 35, boulevard Brune, 75014 Paris.

APRIONIS prévoyance, issue de la fusion de IONIS prévoyance avec APRI prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ; siège social : 139-147, rue Paul-Vaillant-Couturier, 92240 Malakoff.

UNPMF (Union nationale de la prévoyance de la Mutualité française), union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, enregistrée au registre national des mutuelles sous le numéro 442 574 166, agréée pour les branches 1, 2, 20, 21 et 22, agissant pour le compte des mutuelles assureurs et gestionnaires : ADREA, APREVA, Mutuelle Drôme ARPICA, Harmonie mutualité, Mut'Est, PREVADIES, Union mutualité santé vie, mutuelles UMC, mutuelle Saint-Germain SMIRSEP, Ociane ; siège social : 255, rue de Vaugirard, 75015 Paris.

MACIF-Mutualité, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité ; siège social : carré Haussmann, 22-28, rue Joubert, 75435 Paris Cedex 09.

29.2. Clause de migration ou antériorité

Toutes les structures relevant de la branche professionnelle doivent rejoindre l'un des organismes désignés à la date d'effet de la convention telle que définie à l'article 2 du titre I de la CCN.

1. Le choix de l'organisme assureur par la structure fait l'objet, au préalable, d'une consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, s'ils existent.

Les structures en création et les structures n'ayant mis en place aucun contrat de complémentaire santé à la date d'effet de la présente convention doivent obligatoirement adhérer au présent régime auprès d'un des organismes désignés.

Lors de fusions de structures dont l'une au moins appartient au régime conventionnel, la nouvelle structure est tenue de rester dans ce régime de complémentaire santé auprès d'un des organismes désignés.

2. Les structures qui avaient déjà mis en place un régime en frais de santé, soit par voie d'accord collectif, ratification majoritaire ou décision unilatérale, et disposaient déjà de contrat d'assurance ayant pris effet au profit de l'ensemble du personnel antérieurement à la date d'effet de la présente convention peuvent ne pas adhérer à l'un des organismes désignés, à condition que ce contrat :

- offre aux salariés concernés des garanties strictement supérieures, acte par acte, à celles prévues par le régime « base prime » ;
- et prévoit une part salariale de cotisation inférieure ou égale à celle prévue dans ce même régime.

Les structures concernées devront fournir, chaque année, aux organismes désignés une copie du contrat antérieur plus favorable ainsi qu'une attestation de l'assureur précisant que le contrat est toujours en vigueur.

Cette dérogation à l'obligation de rejoindre l'un des organismes désignés doit être entendue au sens strict. Ainsi, dès lors que les deux conditions du contrat plus favorable ne seraient plus remplies, les structures concernées auront l'obligation de rejoindre le présent régime de complémentaire santé mutualisé de la branche professionnelle.

29.3. Conditions de réexamen de la mutualisation

Le choix de l'organisme gestionnaire peut être modifié par la commission de gestion paritaire, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1^{er} janvier après notification aux organismes désignés par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de trois mois.

Par ailleurs, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder au réexamen des conditions de mutualisation des garanties au plus tard tous les cinq ans à partir de la signature de la présente convention collective.

Article 30

Fonds social

Les organismes désignés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Article 31

Fonds social dédié à la branche de l'aide à domicile

Un fonds social dédié est créé par les partenaires sociaux de la branche de l'aide à domicile qui en assurent la gouvernance et qui en délèguent la gestion aux organismes de complémentaire santé visés au présent chapitre. Les modalités de gestion de ce fonds sont définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux de la branche et ces mêmes organismes.

Article 32

Commission paritaire nationale de suivi du régime de complémentaire santé

La composition de la commission paritaire nationale de suivi du régime de complémentaire santé est identique à celle de la commission paritaire nationale de suivi définie à l'article 13 (a) de la présente convention.

Les attributions et le fonctionnement de cette commission sont définis dans une convention de gestion.

Fait à Paris, le 12 juillet 2011.

Organisations d'employeurs :

USB-Domicile :

UNADMR UNA, Mme Maryse PINEAU, Union nationale des associations, ADMR, 184 A, rue du Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris (*signé*).

UNA, M. Emmanuel Verny, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, 108-110, rue Saint-Maur, 75011 Paris (*signé*).

ADESSA à domicile Fédération nationale, M. Hugues VIDOR, 3, rue de Nancy, 75010 Paris (*signé*).

FNAAFP-CSF, Mme Claire PERRAULT, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire, Confédération syndicale des familles, 53, rue Riquet, 75019 Paris (*signé*).

Organisations syndicales de salariés :

CFDT, Mme Claudine VILLAIN, Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux, 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75019 Paris (*signé*).

CFE-CGC, M. Claude DUMUR, Fédération française santé action sociale, 39, rue Victor-Massé, 75002 Paris (*non signataire*).

CFTC, M. Gérard SAUTY, Fédération nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et des services sociaux, 10, rue de Liebnitz, 75018 Paris (*non signataire*).

CGT, Mme Maryline CAVAILLE, Fédération nationale des organismes sociaux, 263, rue de Paris, case 536, 93515 Montreuil Cedex (*non signataire*).

CGT-FO, Mme Josette RAGOT, Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière, 7, impasse Tenaille, 75014 Paris (*non signataire*).

UNSA-SNAPAD, M. Thierry OTT, Syndicat national autonome du personnel de l'aide à domicile, 12, rue Louis-Bertrand, 94200 Ivry-sur-Seine (*signé*).