



Construisons notre avenir

Accord Frais de santé, du 5 juillet 2007
Version applicable à compter du 1^{er} avril 2014,
- après signature de l'avenant n°8 du 27 février 2014.

Ce document intègre les modifications intervenues postérieurement par voie d'avenants :

- Avenant n°1 du 27 mars 2008
- Avenant n°2 du 26 Février 2009
- Avenant n°3 du 17 décembre 2009
- Avenant n°4 du 28 janvier 2010
- Avenant n°5 du 19 avril 2012 (portabilité)
- Avenant n°6 du 19 avril 2012 (taux de cotisations)
- Avenant n°8 du 27 février 2014 (portabilité article 6.2 B uniquement, dans l'attente de l'extension de l'avenant n°8)

SOMMAIRE :

Article 1 **CHAMP D'APPLICATION**

Article 2 **BENEFICIAIRES**

Article 3 **CONDITIONS D'ANCIENNETE**

Article 4 **GARANTIE FRAIS DE SANTE**

Article 4-1 Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent accord

Article 4-2 Cas de dérogation au caractère obligatoire

Article 4-3 Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié

Article 4-3-1 Définition du conjoint

Article 4-3-2 Définition des enfants à charge

Article 5 - **DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT LE MAINTIEN D'UNE GARANTIE FRAIS DE SANTE**

Article 5-1 Conditions de la garantie frais de santé :

Article 5-2 Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Article 5-3 Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace Moselle

Article 6 **CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES**

Article 7 **MODALITES D'ADHESION**

Article 7-1 Organismes gestionnaires

Article 7-2 Principe d'adhésion

Article 7-3 Accords d'entreprise

Article 7-4 Retraite, rupture du contrat de travail

Article 8 **DUREE / DATE D'EFFET**

Article 9 **REEXAMEN DES CONDITIONS DE LA MUTUALISATION**

Article 10 **COMMISSION PARITAIRE DE GESTION DU REGIME FRAIS DE SANTE**

Article 10-1 Composition

Article 10-2 Rôle

Article 10-3 Réunions

Article 10-4 Présentation des comptes

Article 11 **OBLIGATIONS DES ENTREPRISES ADHERENTES ET DES SALARIES**

Article 12 **FINANCEMENT DU REGIME**

Article 12-1 Assiette de calcul des cotisations

Article 12-2 Montant des cotisations

Article 12-3 Paiement des cotisations

Article 12-4 Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Article 12-5 Révision des cotisations

Article 13 **DENONCIATION DU PRESENT ACCORD**

ANNEXE 1

Garanties frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle

ARTICLE 1 CHAMP D'APPLICATION

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime Frais de santé au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective nationale des entreprises d'architecture.

ARTICLE 2 BENEFICIAIRES

Le régime Frais de santé s'applique aux salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des entreprises d'architecture.

ARTICLE 3 CONDITIONS D'ANCIENNETE

Les garanties Frais de santé sont acquises aux salariés définis à l'article 2 sans condition d'ancienneté dès la date d'embauche du salarié.

ARTICLE 4 GARANTIE FRAIS DE SANTE

ARTICLE 4-1 Bénéficiaires à titre obligatoire prévus par le présent accord

Les salariés définis à l'article 2 du présent accord bénéficient obligatoirement de cette couverture à titre personnel. Leurs ayants droit peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié (cf. art 4-3).

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie et ce, quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

ARTICLE 4-2 Cas de dérogation au caractère obligatoire

(avenant n°2 du 26 février 2009)

Conformément à la Circulaire DSS/5B/2009/32 du 30/01/2009, certains salariés ont, s'ils le souhaitent, la faculté de ne pas adhérer au régime, sous réserve d'en faire expressément la demande auprès de leur employeur lequel doit préalablement informer les salariés de cette faculté. A défaut d'une telle demande dans les conditions définies ci-après, ils seront obligatoirement affiliés au régime obligatoire.

Les salariés concernés sont les suivants :

- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois,
- salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois et qui justifient avoir déjà souscrit un contrat par ailleurs,
- Salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) auprès d'un seul employeur dont la cotisation salariale est au moins égale à 10% de leur rémunération. Deux possibilités : renonciation par écrit ou prise en charge intégrale de la cotisation par l'employeur. Ces dispositions s'appliquent également aux apprentis,
- Salariés en couple travaillant dans la même entreprise : possibilité pour l'un des deux membres du couple de s'affilier en tant qu'ayant droit du deuxième,
- Salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé jusqu'à l'échéance annuelle. La dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel (si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation),

- Salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples),
- salariés qui bénéficient déjà, à la date d'adhésion de l'entreprise, d'une couverture complémentaire obligatoire de remboursement des frais de santé par leur conjoint. La couverture du salarié concerné doit bien relever d'une obligation imposée au conjoint et non pas d'une adhésion facultative. Cette disposition n'est valable qu'à la date d'adhésion de l'entreprise. Cette faculté n'est plus ouverte après cette date pour les salariés embauchés postérieurement.
- Salariés déjà couverts à titre individuel : dispense d'affiliation temporaire pour la durée restant à courir entre la date d'adhésion de l'entreprise et la date d'échéance du contrat individuel. Cette dispense ne vise que les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en place du système obligatoire et ne concerne pas les salariés embauchés postérieurement.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai d'un mois à compter de la date de mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai d'un mois qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

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

ARTICLE 4-3 Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié

Conformément à l'article 4-1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire. Toutefois, les salariés peuvent opter facultativement pour une extension de la garantie frais de santé à tout ou partie de leur famille, soit en optant pour la couverture « couple », soit en optant pour la couverture « famille ».

Couverture « couple »

La couverture « couple » correspond à la couverture du salarié et :

- de son conjoint
- ou
- de son enfant à charge.

Couverture « famille »

La couverture « familiale » correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garantie 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 familiale, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

ARTICLE 4-3-1 Définition du 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 d'un an. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

ARTICLE 4-3-2 Définition des enfants à charge

Est réputé à charge du salarié l'enfant légitime, naturel, reconnu, adoptif du salarié, de son conjoint ou concubin, pris en compte par le fisc pour la détermination du quotient familial :

- de moins de 18 ans,
- de plus de 18 ans et de moins de 26 ans,
 - s'ils continuent leurs études secondaires ou supérieures,
 - s'ils sont placés sous contrat d'apprentissage, en contrat d'alternance ou de professionnalisation,
 - s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre auprès de Pôle emploi.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est reconnu en état d'invalidité avant son 26^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé et est titulaire de la carte d'invalidité civil.

ARTICLE 5 CONDITIONS ET TABLEAUX DES GARANTIES

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

Les prestations proposées seront les mêmes que celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposés par l'organisme assureur.

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

ARTICLE 5-1 Conditions de la garantie frais de santé :

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

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin.

ARTICLE 5-2 Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après sont exprimés en complément des prestations de la Sécurité Sociale, sauf indication qu'ils sont exprimés sous déduction des dites prestations. Les prestations de la Sécurité sociale s'entendent en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime ; ainsi l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la Sécurité Sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières (définies aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale), la contribution forfaitaire (instaurée par l'article L.322-2-II du Code de la Sécurité sociale) et les franchises médicales (instaurées par l'article L.322-2-III du Code de la sécurité sociale) ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTE
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 90 % des Frais Réels dans la limite de 50% du PASS par bénéficiaire et par an ⁽¹⁾
Lit d'accompagnant (enfants âgés de - de 16 ans)	Frais Réels dans la limite de 1,5% du PMSS par jour
Chambre Particulière (y compris maternité)	Frais Réels dans la limite de 3% du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	Frais Réels
Prime de naissance	10% du PMSS
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	100% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	40% BR
Frais de déplacement	30% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	30% BR
Actes techniques médicaux, petite chirurgie	100% BR
Frais de Transport	35% BR
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, étioopathie, micro kinésie) limité à 5 séances/an/famille	20 € par séance
Prothèses médicales diverses (orthopédie...)	100% BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an /bénéficiaire)	Frais réels ⁽¹⁾ dans la limite de 20% PMSS
Frais Pharmaceutiques remboursés	Vignettes blanches 35% BR / Vignettes bleues 65% BR / Vignettes oranges 15% BR
Vaccins non remboursés	Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS / bénéficiaire / an
Soins Dentaires	30% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 300 % BR par dent
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	12% PMSS par dent
Implantologie dentaire (par an et par bénéficiaire)	12% PMSS
Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale (pour les enfants de - de 16 ans uniquement)	Frais Réels ⁽¹⁾, dans la limite de 150 % BR
Optique : verres, montures et lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables)	Frais Réels (1), dans la limite de 11 % du PMSS/bénéficiaire /an pour les uni focaux + montures et lentilles 19 % du PMSS/bénéficiaire/an pour les verres progressifs + montures et lentilles Consommation d'un seul forfait par an
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 10 % du PMSS / bénéficiaire / an

ACTES DE PREVENTION (2) :

- détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum : (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC 12) : TM
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans (remboursement sur les bases d'un tarif conventionné chez un orthophoniste conventionné : AMO 24) : TM
- vaccins DT Polio, tous âges : TM.

(1) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

(2) actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale.

Glossaire :

BR : Base de Remboursement = tarif servant de base au remboursement de la sécurité sociale

TM : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières et de la contribution forfaitaire.

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

PASS : plafond annuel de la Sécurité sociale

ARTICLE 5-3 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, les organismes désignés tiennent compte des dispositions spécifiques prévues par le Code de la Sécurité Sociale pour cette zone géographique. Les cotisations et les prestations 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.

Les conditions particulières ainsi déterminées sont mentionnées dans l'annexe 1 au présent accord intitulée « garantie frais de santé des salariés et ayant droits bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

ARTICLE 6 CONDITIONS DE SUSPENSION ET DE MAINTIEN DES GARANTIES

ARTICLE 6-1 CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

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

Toutefois en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération ou indemnisation (maintien de salaire de l'employeur, d'indemnités journalières versées par l'employeur ou un tiers) la garantie est maintenue moyennant le versement par l'employeur des cotisations correspondantes. Dans ce cas la cotisation est calculée sur la base de l'assiette prévue à l'article 12-1 et selon la même répartition employeur / salarié.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, la garantie peut être maintenue à la demande du salarié concerné moyennant le versement des cotisations correspondantes par l'employeur à l'organisme assureur sur la base du dernier salaire d'activité. La cotisation correspondante est financée à la charge exclusive du salarié mais elle reste réglée par l'employeur à l'organisme assureur en même temps que les cotisations des salariés actifs.

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 assureur en soit informé dans un délai de trois mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

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

ARTICLE 6-2 CONDITIONS DE MAINTIEN DES GARANTIES

(Avenant n°5 du 19 avril 2012)

Le maintien de la couverture frais de santé collective obligatoire est accordé gratuitement pendant 1 mois à compter de la rupture du contrat de travail pour les anciens salariés cités ci-dessous et pour leurs ayants droits éventuels qui étaient affiliés par leur intermédiaire :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations 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 à l'issue du dispositif de maintien des garanties,
- les ayants droit d'un assuré décédé.

A/ Article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

A l'issue de la période de maintien gratuit d'un mois susvisé et conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une garantie frais de santé peut être maintenue par un choix de contrats individuels proposés sans condition de période probatoire ni d'exams ou questionnaires médicaux au profit des personnes citées ci-dessus.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme gestionnaire dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du participant.

Les assurés bénéficiant du dispositif de maintien des garanties exposé au paragraphe B ci-dessous, pour une durée comprise entre 6 mois minimum et 9 mois maximum, doivent faire leur demande auprès de l'organisme gestionnaire au plus tard 6 mois après la date à laquelle prennent fin les droits audit dispositif.

Les prestations proposées seront identiques à celles prévues par le présent régime. En outre, des options particulièrement adaptées à la situation des bénéficiaires seront proposées par l'organisme assureur.

En application de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, les majorations éventuelles des cotisations ne pourront excéder 50 % des tarifs globaux (parts patronale et salariale) applicables aux salariés actifs (Décret. n°90-769 du 30 août 1990).

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

B/ Dispositif de maintien des garanties

En cas de rupture du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié peut conserver le bénéfice des garanties du régime frais de santé, et ce sur la base de la structure de cotisation en vigueur à la date de cessation du contrat de travail : « participant seul », « couple » ou « famille ». Le salarié doit disposer d'une ancienneté minimale de 6 mois au moment de la cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties de frais de santé prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail ou de l'acceptation d'un contrat de sécurisation professionnelle, pour une durée égale à celle de l'indemnisation du chômage, appréciée en mois entiers et dans la limite de 9 mois. La période de maintien des garanties ainsi calculée inclut le mois de maintien gratuit visé en préambule du présent article 6.2.

Les garanties maintenues sont identiques à celles du personnel en activité ; les éventuelles modifications apportées ultérieurement au régime seront également applicables aux bénéficiaires du dispositif.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier, dans un délai de 30 jours à compter de la cessation du contrat de travail, une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié, stipulant notamment les dates de début et de fin prévisible du droit à maintien des garanties. Le salarié doit adresser le justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

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

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, à la date à laquelle :

- il reprend une activité professionnelle et cesse d'être indemnisé par le régime d'assurance chômage ;
- il bénéficie d'une pension de retraite du régime général.
- *(le contrat d'assurance liant les organismes assureurs au régime de la branche est résilié).*

Attention : cette dernière clause est exclue des dispositions applicables, telles qu'étendues par l'arrêté d'extension publié au Journal Officiel le 7 juin 2013).

L'ancien salarié doit également informer l'organisme assureur sans délai de tout événement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l'expiration de la période prévue, ceci afin d'éviter que des prestations ne soient indûment versées.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation, il est inclus dans la cotisation fixée pour le personnel en activité à l'article 12 de l'Accord de branche, et ce pour une période de 18 mois à compter de la date d'effet du présent avenant.

A l'issue de cette période et lors de la présentation annuelle des comptes, un bilan d'application du dispositif sera établi, afin de le maintenir ou le modifier par l'application de nouvelles modalités, en fonction des résultats du régime.

Attention : un aménagement a été conclu entre les partenaires sociaux et les opérateurs du régime de Frais de santé. En vertu de cet aménagement, et sans attendre l'extension de l'avenant numéro 6, du 27 février 2014, l'article 6.2 B est appliqué à compter du 1^{er} avril 2014 selon les termes qui suivent.

B/ Dispositif de maintien des garanties

Conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois. La période de maintien ainsi calculée inclut le mois de maintien gratuit visé en préambule du présent article 6.2 ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties de prévoyance, dans les conditions mentionnés ci-après ;

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié. En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d'autant.

ARTICLE 7 MODALITES D'ADHESION

Article 7-1 Organismes gestionnaires

Les organismes désignés pour assurer, dans le cadre d'une coassurance, la couverture des garanties frais de santé prévues par le présent accord, sont :

- **IONIS PREVOYANCE (institution membre de IONIS)**
141, rue Paul Vaillant Couturier 92246 MALAKOFF CEDEX
- **URRPIMMEC (institution membre du Groupe MALAKOFF)**
15, Avenue du Centre – Guyancourt 78281 Saint Quentin en Yvelines Cedex

Article 7-2 Principe d'adhésion

L'ensemble des entreprises relevant du champ d'activité professionnel visé par la Convention Collective Nationale des entreprises d'architecture doit rejoindre l'organisme désigné selon la localisation géographique de son siège social et en fonction de la répartition suivante :

- IONIS PREVOYANCE pour toutes les entreprises dont le siège social est situé dans la région Ile de France soit Paris, Seine et Marne, Yvelines, Essonne, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne, Val d'Oise et dans les départements de l'Aube, de l'Eure et Loire, de la Marne et de l'Yonne,
- L'URRPIMMEC pour toutes les entreprises dont le siège social est situé en province à l'exclusion des départements confiés à IONIS PREVOYANCE.

Concernant les entreprises qui ne disposaient d'aucun régime frais de santé, l'adhésion à l'organisme désigné est impérative dès la date d'effet du présent accord, telle que mentionnée à l'article 8 du présent accord.

Les entreprises qui auraient souscrit un régime collectif obligatoire antérieurement à la date de signature du présent accord, pourront :

- adhérer à l'organisme désigné dès la dénonciation, à la première échéance contractuelle possible, des contrats souscrits auprès d'autres organismes,
- maintenir leur ancien contrat au-delà des délais de dénonciation contractuels en apportant la preuve à l'organisme désigné, qu'à la date de signature du présent accord les niveaux de prestations étaient supérieurs (l'appréciation se faisant globalement : aucune garantie inférieure et au moins une garantie supérieure) et que la quote-part de la cotisation à la charge du salarié était inférieure ou égale à celle du régime ici défini.

Les entreprises qui auraient souscrit un régime collectif facultatif antérieurement à la date de signature du présent accord devront adhérer à l'organisme désigné après dénonciation des contrats souscrits auprès d'autres organismes.

Article 7-3 Accords d'entreprise

Dans les entreprises d'architecture de moins de 11 salariés, en l'absence de délégué syndical, de représentant élu du personnel et de procès verbal de carence, les organisations syndicales représentatives au plan national, conformément à l'article L 132-26-III du code du travail, pourront mandater chacune un salarié afin de conclure des accords améliorant, en faveur des salariés, soit la répartition des taux, soit les garanties. L'amélioration de ces dernières s'entend garantie par garantie.

Ces accords seront transmis à la CPNNC par les parties les plus diligentes des partenaires sociaux signataires.

Article 7-4 Retraite, rupture du contrat de travail

Dans tous les cas de rupture du contrat de travail : retraite, démission, licenciement ..., l'employeur déclare ce changement aux organismes gestionnaires dès la rupture effective du contrat de travail (fin du préavis payé ou indemnisé).

ARTICLE 8 DUREE / DATE D'EFFET

Le présent régime frais de santé est conclu pour une durée indéterminée.

Il sera soumis à la procédure d'extension et prendra effet à compter du premier jour du troisième mois suivant la date de publication au Journal Officiel de son arrêté d'extension.

ARTICLE 9 REEXAMEN DES CONDITIONS DE LA MUTUALISATION

En application de l'article L. 912-1 de la loi n° 94.678 du 8 août 1994, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques seront examinées tous les cinq ans.

ARTICLE 10 COMMISSION PARITAIRE DE GESTION DU REGIME FRAIS DE SANTE

Il est institué au sein de la branche professionnelle, une Commission paritaire de gestion du régime Frais de santé.

10-1 Composition

La Commission Paritaire de Gestion du Régime Frais de Santé est composée de membres désignés par les organisations représentatives dans le champ d'application de l'Accord :

- un collège salarié comprenant deux représentants pour chacune des organisations représentatives,
- un collège employeurs du même nombre total de représentants.

10-2 Rôle

La Commission Paritaire de Gestion du Régime Frais de santé a compétence pour examiner et traiter toutes questions relatives au fonctionnement du régime Frais de Santé institué par l'Accord :

- application de l'Accord Frais de Santé,
- examen des litiges éventuels résultant de cette application, conciliation,
- examen des comptes annuels,
- propositions d'ajustements et d'améliorations des dispositions de l'Accord : garanties, fonctionnement,
- suivi de la mise en conformité des contrats existants.

En cas de litiges relatifs à l'application des dispositions de l'Accord, elle pourra être saisie afin d'interpréter et d'arrêter un avis sur les dossiers qui lui seront soumis.

10-3 Réunions

La Commission Paritaire de Gestion du Régime Frais de Santé se réunit au moins une fois par semestre. Les convocations sont adressées par le secrétariat du paritarisme en liaison avec les organismes désignés. Les convocations sont adressées au moins 15 jours à l'avance et sont accompagnées des documents de gestion liés à l'ordre du jour.

10-4 Présentation des comptes

Les organismes désignés fourniront chaque année à la Commission Paritaire de Gestion du Régime Frais de Santé un rapport d'information sur les comptes des résultats globaux et par risque du régime. Ce rapport sera établi 6 mois après la clôture de chaque exercice.

Après accord de la Commission Paritaire de Gestion du Régime Frais de Santé, une synthèse de ce document pourra être transmise à chaque Adhérent.

ARTICLE 11 OBLIGATIONS DES ENTREPRISES ADHERENTES ET DES SALARIES

Les organismes désignés réalisent une notice d'information adressée aux entreprises adhérentes, à charge pour ces dernières de la remettre à chacun des salariés concernés, conformément aux dispositions de l'article L.932-6 du code de la Sécurité Sociale. De même, en cas de modifications apportées aux droits et obligations des salariés, une nouvelle notice sera établie par les organismes désignés et devra être remise à chaque salarié par l'entreprise adhérente. La preuve de la remise de la notice au salarié et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'adhérent.

ARTICLE 12 FINANCEMENT DU REGIME

12-1 Assiette de calcul des cotisations

a) Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4-1) :

Les cotisations des garanties frais de santé pour la couverture obligatoire du salarié sont exprimées en pourcentages du salaire brut déclaré à l'URSSAF par l'adhérent, dans les limites mensuelles suivantes :

- Salaire minimum pris en compte : 45 % du PMSS
- Salaire maximum pris en compte : 150 % du PMSS

Ainsi, les salariés percevant une rémunération mensuelle inférieure à 45 % du PMSS auront une cotisation assise sur ce salaire plancher et les salariés percevant une rémunération mensuelle supérieure à 150 % du PMSS auront une cotisation assise sur ce salaire plafond.

b) Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4-3) :

Les cotisations relatives aux extensions facultatives de garanties au profit des ayants droit du salarié sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur pour la période de couverture à laquelle elles se rapportent.

Article 12.2 Montant des cotisations

(avenant n°6 du 19 avril 2012)

a - Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4-1)

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé à : 1,90 % du salaire visé à l'article 12-1 de l'accord.

La répartition de cette cotisation entre l'employeur et le salarié s'établit comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur,
- 50 % à la charge du salarié.

b - Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4-3 de l'accord)

Le montant de la cotisation mensuelle supplémentaire, en sus de la cotisation obligatoire du salarié seul, est fixé comme suit :

Cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Cotisation «couple» : 0,92 % du PMSS

ou

Cotisation «famille» : 2,14 % du PMSS».

12-3 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables trimestriellement par les entreprises, à terme échu.

Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des participants,
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

L'entreprise est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales mensuelles précomptées sur les salaires.

12-4 Bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie en Alsace-Moselle

Les salariés et leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle bénéficient de conditions particulières (prestations et cotisations) mentionnées dans l'annexe 1 au présent accord intitulée « garantie frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle ».

12-5 Révision des cotisations

Les taux des cotisations ont été établis en fonction de l'analyse des risques à la date de négociation du présent accord. Ces taux seront automatiquement révisés, sans qu'il soit nécessaire qu'un avenant au présent accord soit conclu, en tenant compte notamment des résultats techniques du régime et après approbation de la commission paritaire de gestion. La commission paritaire de gestion pourra également décider, pour éviter une augmentation des cotisations, de diminuer les garanties.

Cependant, durant les deux premières années de mise en place du régime et sous réserve des modifications pouvant intervenir dans les modalités de calcul des prestations des régimes de base de la Sécurité Sociale, les taux de cotisations seront maintenus.

ARTICLE 13 DENONCIATION DU PRESENT ACCORD

Conformément à l'article L 132-8 du code du travail, les parties contractantes peuvent dénoncer le présent accord à tout moment moyennant un préavis de six mois.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou de la totalité des signataires salariés, le texte dénoncé continue d'être appliqué jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouvel accord ou, à défaut, pendant une durée maximum de 18 mois à compter de l'expiration du préavis précité.

Fait à PARIS,

Le 5 juillet 2007

COLLEGE EMPLOYEURS

UNSFA

SYNDICAT DE L'ARCHITECTURE

COLLEGE SALARIES

CFE CGC BTP

FNCB SYNATPAU CFTD

Annexe 1

Garanties frais de santé des salariés et ayants droit bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle

POSTES DE SOINS	GARANTIE FRAIS DE SANTE
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale	Etablissements conventionnés : 100 % des Frais Réels ⁽¹⁾ Etablissements non conventionnés : 90 % des Frais Réels dans la limite de 50% du PASS par bénéficiaire et par an ⁽¹⁾
Lit d'accompagnant (enfants âgés de - de 16 ans)	Frais Réels dans la limite de 1,5% du PMSS par jour
Chambre Particulière (y compris maternité)	Frais Réels dans la limite de 3% du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	Frais Réels
Soins médicaux et frais d'hospitalisation liés à la maternité dans la limite des frais réels justifiés non déjà remboursés sur les autres postes (y compris amniocentèse, fécondation in vitro)	Frais Réels dans la limite de 10% du PMSS
Consultations, visites : généraliste ou spécialiste	10% BR
Analyses et auxiliaires médicaux	10% BR
Frais de déplacement	10% BR
Frais d'électroradiologie et radiothérapie	10% BR
Actes techniques médicaux, petite chirurgie	10% BR
Frais de Transport	35% BR
Prothèses médicales diverses (orthopédie...)	10% BR
Prothèses auditives (forfait limité à 2 prothèses par an /bénéficiaire)	Frais réels ⁽¹⁾ dans la limite de 20% PMSS
Frais Pharmaceutiques remboursés	Vignettes blanches 10% BR / Vignettes bleues 20% BR / Vignettes oranges 15% BR
Vaccins non remboursés	Frais réels dans la limite de 1,5 % du PMSS / bénéficiaire / an
Soins Dentaires	10% BR
Prothèses dentaires remboursées par la SS	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 280 % BR par dent
Prothèses dentaires non remboursées par la SS	12% PMSS par dent
Implantologie dentaire (par an et par bénéficiaire)	12% PMSS
Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité Sociale (pour les enfants de - de 16 ans uniquement)	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 100 % BR
Optique : verres, montures et lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables)	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 11 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les uni focaux + montures et lentilles 19 % du PMSS / bénéficiaire / an pour les verres progressifs + montures et lentilles Consommation d'un seul forfait par an
Cures Thermales remboursées par la Sécurité Sociale (soins et hébergement)	Frais Réels ⁽¹⁾ , dans la limite de 10 % du PMSS / bénéficiaire / an

Les remboursements mentionnés dans le tableau ci-après intègrent les prestations de la Sécurité Sociale en fonction de ses conditions d'indemnisation en vigueur à la date du présent régime. Ainsi, l'éventuelle diminution ultérieure de l'indemnisation de la Sécurité sociale ne sera pas compensée.

Le total des remboursements des organismes gestionnaires, de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières (définies aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale), la contribution forfaitaire (instaurée par l'article L.322-2-II du code de la Sécurité sociale) et les franchises médicales (instaurées par l'article L.322-2-III du code de la Sécurité sociale) ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les pénalités financières appliquées hors parcours de soins ou en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement

ACTES DE PREVENTION (2) :

- détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum : (remboursement sur les bases des soins dentaires : SC 12) : TM
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans (remboursement sur les bases d'un tarif conventionné chez un orthophoniste conventionné : AMO 24) : TM
- vaccins DT Polio, tous âges : TM.

(3) (1) sous déduction des prestations de la Sécurité sociale

(2) (2) actes choisis dans une liste publiée par l'arrêté du 8 juin 2006, en application de l'article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale.

Montant des cotisations

(avenant n°6 du 19 avril 2012, effet au 1^{er} juillet 2012)

a - Bénéficiaires à titre obligatoire (visés à l'article 4-1 de l'accord)

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé à : 1,20 % du salaire visé à l'article 12-1 de l'accord.

La répartition de cette cotisation entre l'employeur et le salarié s'établit comme suit :

- 50 % à la charge de l'employeur
- 50 % à la charge du salarié.

b - Bénéficiaires de l'extension optionnelle de la garantie (visés à l'article 4-3 de l'accord)

Le montant de la cotisation mensuelle supplémentaire, en sus de la cotisation obligatoire du salarié seul, est fixé comme suit :

Cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

Cotisation «couple» : 0,89 % du PMSS

ou

Cotisation «famille» : 1,93 % du PMSS