

Brochure n° 3221

Convention collective nationale

**IDCC : 1278. – PERSONNELS PACT ET ARIM
(Centres pour la protection, l'amélioration
et la conservation de l'habitat
et associations pour la restauration immobilière)**

ACCORD DU 30 SEPTEMBRE 2014

RELATIF AUX GARANTIES COLLECTIVES FRAIS MÉDICAUX

NOR : ASET1550027M

IDCC : 1278

Les organisations syndicales de salariés représentatives de la branche professionnelle, dont la liste figure en fin du présent accord.

Après avoir rappelé que :

- la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 a prévu l'obligation de négocier la mise en place au sein des branches professionnelles d'une couverture collective « garanties frais de soins de santé » en vue de la généralisation de ce type de couverture ;
- en application de ces dispositions, les parties au présent accord ont réalisé un appel d'offres en vue d'organiser la mutualisation du risque au niveau de la branche professionnelle dans le cadre de l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale,

ont décidé dans le cadre du présent accord :

- la mise en place de l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif ;
- de recommander dans le cadre d'un système de coassurance l'adhésion des organismes employeurs de la branche à un contrat souscrit par les membres de la commission paritaire, en vue de faciliter l'exécution des obligations prévues par le présent accord.

Les signataires manifestent ainsi leur attachement à l'organisation de la solidarité professionnelle.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le présent accord a le même champ d'application que la convention collective nationale des personnels PACT et ARIM (centres pour la protection, l'amélioration et la conservation de l'habitat et associations pour la restauration immobilière) du 21 octobre 1983. En conséquence, il s'applique à l'ensemble du territoire national, y compris les DOM.

Toute modification du champ d'application de cette convention collective nationale entraînera la modification du champ d'application du présent accord.

Article 2

Garanties

Chaque employeur de la branche devra souscrire un contrat d'assurance collective procurant à ses salariés des garanties au moins aussi favorables que celles énumérées dans les tableaux ci-après.

Régime frais de santé

Ensemble du personnel. – Adhésion obligatoire

GARANTIES Contrat responsable	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme
Hospitalisation médicale et chirurgicale (*) Chirurgie. – Hospitalisation Frais de séjour, salle d'opération, pharmacie et autres frais médicaux Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie et autres honoraires Forfait hospitalier (illimité) Chambre particulière y compris maternité Lit accompagnant pour enfant de moins de 12 ans Transport accepté par la sécurité sociale	Conventionné : 100 % FR limité à 50 % BR Non conventionné : 80 % FR limité à 100 % BR reconstituée Conventionné : 100 % FR limité à 50 % BR Non conventionné : 80 % FR limité à 100 % BR reconstituée Conventionné : 100 % FR limité à 100 % BR Non conventionné : 80 % FR limité à 100 % BR reconstituée Pris en charge intégralement 1,5 % du PMSS par jour 1 % du PMSS par jour Conventionné : 100 % TM
Actes médicaux Généraliste (consultations, visites) Spécialiste (consultations, visites) Pharmacie Analyses Auxiliaires médicaux Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), Doppler... Orthopédie Acoustique	50 % BR 100 % BR TM 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR
Cures thermales (acceptées)	10 % du PMSS
Dentaires Soins dentaires Orthodontie Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale Inlays, onlays Inlays cores remboursés par la sécurité sociale	55 % BR Remboursée par la sécurité sociale : 200 % BR 250 % BR 100 % BR 150 % BR

GARANTIES Contrat responsable	PRESTATIONS Le montant des remboursements, acte par acte, est fixé ci-dessous dans la limite des frais réels en complément de la sécurité sociale et/ou de tout autre organisme
Optique	
Verres (limitation à une paire tous les 2 ans par bénéficiaire, sauf pour les enfants ou en cas de changement de dioptrie) Monture (limitation à une monture tous les 2 ans pour les adultes) Lentilles remboursées Lentilles non remboursées y compris jetables Chirurgie de l'œil	Remboursement selon la grille optique (ci-jointe) 100 € 4 % du PMSS par an et par personne 4 % PMSS par an et par personne 10 % PMSS par œil, par an et par bénéficiaire
Maternité (par enfant y compris adoption d'un enfant de moins de 10 ans)	10 % du PMSS
Actes de prévention Détartrage complet sus- et sous-gingival des dents Dépistage de l'hépatite B Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien enfant de moins de 12 ans Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans	100 % BR (2 séances) 100 % BR 30 € maximum 50 € maximum par an et par bénéficiaire
Actes hors nomenclature Implants (limités à 3 implants par bénéficiaire et par an) Médecine douce : ostéopathie, acupuncture, chiropraxie (**) Parodontologie Vaccins prescrits sur ordonnance par un médecin Sevrage tabagique prescrit par un médecin Assistance	15 % du PMSS 30 € par séance (maximum 3 par an et par bénéficiaire) 5 % PMSS par an et par personne Dans la limite de 3 % PMSS 50 € par an et par bénéficiaire Oui (à expliciter la couverture)
<p>FR : frais réels ; BR : base de remboursement ; MR : montant remboursé par la sécurité sociale ; FD : frais déclarés à la sécurité sociale. TM : ticket modérateur (différence entre la base des remboursements et le remboursement de la sécurité sociale) ; PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. (*) Limitation à 30 jours par année civile, s'agissant du séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique. Maison de santé pour maladies nerveuses et mentales, l'indemnisation étant limitée à 30 jours par séjour. (**) Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'association française de chiropraxie (AFC). Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins.</p>	

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

UNIFOCAUX Multifocaux	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT en pourcentage du PMSS par verre
Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	2,5 %
		De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	2,5 %
		< à - 10 ou > à + 10	3,0 %
	Cylindre < à 4	De - 6 à + 6	2,5 %
		< à - 6 ou > à + 6	2,5 %
		< à - 6 ou > à + 6	3,0 %
Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4 < à - 4 ou > à + 4	4,0 % 4,0 %
	Tout cylindre	De - 8 à + 8 < à - 8 ou > à + 8	4,0 % 4,5 %

**Remboursement maximum de l'institution
par verre pour les enfants**

UNIFOCAUX Multifocaux	AVEC / SANS CYLINDRE	SPHÈRE	REMBOURSEMENT en pourcentage du PMSS par verre
Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	1,5 %
		De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	1,6 %
		< à - 10 ou > à + 10	1,6 %
	Cylindre < à 4	De - 6 à + 6	1,5 %
		< à - 6 ou > à + 6	1,6 %
		< à - 6 ou > à + 6	2,0 %
Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4 < à - 4 ou > à + 4	2,0 % 2,0 %
	Tout cylindre	De - 8 à + 8 < à - 8 ou > à + 8	2,0 % 2,0 %

Le contrat souscrit par l'organisme devra être au moins aussi favorable et devra également respecter les règles suivantes :

- sont couverts tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires et autres frais entrant dans les nomenclatures (la nomenclature générale des actes professionnels – NGAP, ou la classification commune des actes médicaux – CCAM) et ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale, ainsi que certains actes et frais non pris en charge par la sécurité sociale qui sont expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-dessus ;

- le contrat devra être en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux « Contrats responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale) ;
- le total des remboursements du régime conventionnel, des remboursements de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire le cas échéant, ainsi que les pénalités financières, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, ne peut excéder le montant des dépenses engagées (hors forfait maternité) ;
- les remboursements indiqués ci-dessus sont exprimés en complément des remboursements des régimes de base de la sécurité sociale, sauf quand il s'agit d'actes hors nomenclature.

Pour l'appréciation du caractère au moins aussi favorable du contrat souscrit par les organismes employeurs, la comparaison devra se faire ligne à ligne.

Conformément à la loi, les organismes employeurs remettront à chaque salarié une notice d'information décrivant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur. Cette notice sera rédigée par l'organisme assureur.

Les employeurs devront mettre en œuvre les dispositions du présent accord après avoir respecté les règles prévues aux articles L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale et plus généralement le code du travail. Ils sont responsables de la conformité de leur régime vis-à-vis des salariés au regard des articles D. 242-1, R. 242-1 et suivants, et de l'article 83-1 *quater* du code général des impôts.

Article 3

Affiliation des salariés

L'affiliation de l'ensemble des salariés, sans condition d'ancienneté, au contrat souscrit par l'employeur est obligatoire, sous réserve des cas suivants :

Les salariés, quelle que soit la date d'embauche, et qui en font la demande par écrit, peuvent être dispensés d'adhérer aux garanties prévues dans les cas ci-dessous :

- les salariés qui bénéficient par ailleurs (par le biais du conjoint, par exemple) au titre d'un des dispositifs collectifs suivants :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire sous réserve que la couverture des ayants droit soit obligatoire et conforme à un de ceux fixés par arrêté ministériel ;
 - les couples travaillant dans la même entreprise : un des membres du couple peut être affilié en tant qu'ayant droit de l'autre ;
- jusqu'à l'échéance du contrat individuel, les salariés :
 - bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application du même article ;
 - couverts par une assurance individuelle de frais de santé ;
- les salariés sous contrat de travail à durée déterminée, saisonnier et les apprentis :
 - sans justificatif s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois ;
 - sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, sauf si cette cotisation est prise en charge par l'employeur.

Les salariés remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l'employeur qui en conservera la trace, et cela chaque année.

Article 4

Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont :

- le participant ;
- ses ayants droit ci-après définis :
 - son conjoint à charge au sens de la sécurité sociale ;
 - en l'absence de conjoint, le concubin :
 - à charge au sens de la sécurité sociale,
 - et, sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun ;
 - en l'absence de conjoint ou concubin, le partenaire, lié au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) :
 - à charge au sens de la sécurité sociale ;
 - et, sous réserve de la fourniture d'une copie dudit pacte ;
- ses enfants, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, de son concubin ou ceux de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) :
 - à charge au sens de la sécurité sociale et âgés de moins de 20 ans ;
 - âgés de moins de 27 ans et affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants ;
 - les enfants âgés de moins de 27 ans bénéficiant de la sécurité sociale et inscrits à Pôle emploi comme primo-demandeurs d'emploi ;
 - les enfants handicapés, quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^e anniversaire ;
 - les enfants âgés de moins de 27 ans, bénéficiant de la sécurité sociale du fait d'une affiliation personnelle en tant que titulaire d'un contrat initiative emploi, emploi de solidarité, qu'apprentis, en formation en alternance, d'adaptation, d'orientation, de qualification ou d'un contrat de même type sous réserve des conditions de rémunération en vigueur.

Article 5

Maintien de la couverture frais de santé en application de la loi Evin

Au titre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture frais de santé organisée au présent accord sera maintenue à l'identique :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité de travail ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien des garanties au titre de la portabilité ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès ;
- le taux de cotisation proposé à l'ancien salarié ou aux ayants droit d'un salarié décédé ne peut être supérieur de plus de 50 % au tarif applicable aux salariés. Le financement de cette couverture est à la charge exclusive du participant.

Article 6

Portabilité

Au titre des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture frais de santé, organisée au présent accord, en cas de

cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

- 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 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant les justificatifs demandés par l'organisme assureur ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Les dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail. En revanche, les salariés bénéficiant d'une dispense d'affiliation au régime de prévoyance « Frais de santé » ne bénéficient pas de la portabilité.

En outre, l'ancien salarié doit informer l'organisme assureur 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.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- à la reprise d'une nouvelle activité rémunérée de l'ancien salarié, que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance complémentaire, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- en cas de cessation de paiement des allocations du régime d'assurance chômage pour tout autre motif (notamment en cas de retraite, de radiation des listes à Pôle emploi, de décès) ;
- en cas de manquement par l'ancien salarié à son obligation de fourniture des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de l'organisme assureur ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion de l'organisme employeur.

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.

Le financement du dispositif prévu à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale fait l'objet de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations.

Article 7

Cotisations

Les cotisations servant à financer les garanties prévues ci-dessus seront réparties entre l'organisme employeur et les salariés.

Toutefois, la cotisation patronale ne pourra être inférieure aux taux ci-dessous, exprimés en pourcentage du plafond de la sécurité sociale (PSS) dès lors que le contrat souscrit par l'employeur sera strictement conforme aux dispositions de l'article 2 ci-dessus.

COTISATION patronale minimum	SALARIÉ isolé	SALARIÉ en duo	SALARIÉ en famille
Régime général	0,80 % PSS	1,25 % PSS	1,90 % PSS
Régime Alsace-Moselle	0,56 % PSS	0,875 % PSS	1,33 % PSS

L'organisme employeur qui souscrit un contrat plus favorable pourra négocier ou décider librement du taux et de la répartition des cotisations entre lui et ses salariés dans le cadre de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale. Cette répartition ne doit en aucun cas aboutir à des taux de cotisation patronale inférieurs à ceux repris ci-dessus et exprimés en pourcentage du plafond de la sécurité sociale.

La part de cotisation prise en charge par l'employeur devra représenter au minimum 50 % de la cotisation globale.

La commission paritaire engage les organismes relevant de la branche à mettre en place des dispositions plus favorables pour les salariés lorsque le contexte le permet, dans le respect des règles relatives au dialogue social dans l'entreprise.

Deux pour cent de la cotisation totale seront affectés au financement des prestations à caractère non directement contributif définies à l'article 8 ci-dessous.

Article 8

Action sociale

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la fraction de cotisation consacrée au financement de prestations à caractère non directement contributif prévue à l'article 7 sera affectée à un compte dédié à cet effet géré par l'organisme assureur, dans le cadre d'un mandat donné par la commission paritaire de la CCN PACT-ARIM. Cette dernière fixera les règles de la gestion de ce compte dédié et la contrôlera.

Dans tous les cas, l'utilisation de cette contribution devra être conforme aux dispositions du présent accord et contrôlée par la commission paritaire. L'organisme assureur devra fournir toutes les informations nécessaires à cette fin.

Les fonds collectés devront être utilisés à :

- une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation devant être acquittée représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;
- au financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formations, ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés. Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité et de comportements en termes de consommation médicale ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale, notamment :
 - à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
 - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux.

Les organismes employeurs qui auront confié la gestion de la contribution devront communiquer au plus tard le 30 juin de chaque année à l'organisme chargé de rédiger ce rapport toutes les informations nécessaires, à savoir :

- le montant de la contribution sociale qui a été versée en application des dispositions ci-dessus ;
- la comptabilité du fonds ainsi constitué ;
- toute information concernant son utilisation conforme à son objet.

Article 9

Organismes recommandés

Afin d'assurer une mutualisation du risque au niveau professionnel et de permettre à chaque organisme employeur de souscrire les garanties prévues par le présent accord dans de bonnes conditions, la commission paritaire, après appel d'offres, a souscrit un contrat de garanties collectives co-assurées par les organismes suivants :

- CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 784 621 419, siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
- ADREA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, siège social : 104, avenue Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
- APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 627 391, siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
- EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 317 442 176, siège social : 25, route de Monfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
- HARMONIE Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 434 243 085, siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex ;
- MALAKOFF Médéric Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 691 181, siège social : 21, rue Lafitte, 75009 Paris.

Ces mutuelles et MALAKOFF Médéric Prévoyance, co-assureurs du régime, ont confié la coordination du dispositif et l'interlocution à Mutex, entreprise régie par le code des assurances, siège social, 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex. La gestion est confiée aux cinq mutuelles interprofessionnelles ADREA Mutuelle, APREVA, EOVI MCD, HARMONIE Mutuelle et OCIANE.

Les taux de cotisation applicables au 1^{er} janvier 2015 sont les suivants :

	SALARIÉ ISOLÉ	SALARIÉ EN DUO	SALARIÉ EN FAMILLE
Régime général	1,60 % PSS	2,50 % PSS	3,80 % PSS
Régime Alsace-Moselle	1,12 % PSS	1,75 % PSS	2,66 % PSS

La cotisation complémentaire pour le conjoint non à charge au sens de la sécurité sociale est facultative et à charge exclusive du salarié. Son taux applicable au 1^{er} janvier 2015 est le suivant :

	CONJOINT NON À CHARGE au sens de la sécurité sociale
Régime général	1,76 % PSS

	CONJOINT NON À CHARGE au sens de la sécurité sociale
Régime Alsace-Moselle	1,23 % PSS

Un protocole de gestion technique et financier a été établi entre les organismes assureurs et les membres de la commission paritaire permettant la maîtrise et le contrôle du dispositif d'assurance par les partenaires sociaux.

Les taux frais de santé sont fixés pour 2 ans à compter du 1^{er} janvier 2015, pour autant que l'environnement législatif ou réglementaire soit inchangé. Toute modification du taux de cotisation proposée par l'organisme assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Les organismes employeurs sont libres de souscrire le contrat de garanties collectives auprès de l'assureur de leur choix, dès lors que ce contrat sera conforme aux prévisions de l'article 2 ci-dessus relatif aux garanties.

Article 10

Durée. – Date d'effet. – Modification

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être modifié ou dénoncé selon les modalités prévues aux articles L. 2261-7 et suivants et L. 2261-9 et suivants du code du travail.

Sa durée ne pourra toutefois pas excéder celle de la convention collective nationale dont la dénonciation entraînerait celle du présent accord.

Il prendra effet le 1^{er} janvier 2015.

La mutualisation des risques couverts s'effectue entre l'ensemble des organismes assureurs recommandés. Les modalités d'organisation de la mutualisation seront réexaminées par les partenaires sociaux dans le délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, les parties signataires se réuniront spécialement au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Article 11

Dépôt. – Publicité. – Extension

11.1. Dépôt

Le présent accord sera déposé à l'initiative de la partie patronale conformément à l'article D. 2235-3 du code du travail.

11.2. Extension

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie patronale conformément aux articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 30 septembre 2014.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

FNC Pact.

Syndicats de salariés :

CFDT ;

CFTC ;

US Solidaires.