

**CONVENTION COLLECTIVE DE LA  
BRANCHE DE L'AIDE, DE  
L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES  
SERVICES A DOMICILE (BAD)**

<b>Titre I. Les dispositions communes</b> .....	<b>4</b>
Article 1. Champ d'application .....	4
Article 2. Durée – Prise d'effet .....	4
Article 3. Adhésion .....	4
Article 4. Révision .....	5
Article 5. Dénonciation .....	5
Article 6. Sécurisation juridique.....	5
Article 7. Substitution aux dispositions conventionnelles précédentes....	5
<b>Titre VII. Garanties sociales</b> .....	<b>7</b>
<b>Maintien de salaire, prévoyance et complémentaire santé</b> .....	<b>7</b>
Chapitre 1 Maintien de salaire et prévoyance .....	7
Article 1. Garantie Maintien de salaire .....	7
Article 1.1. Personnel concerné.....	7
Article 1.2. Définition de la garantie .....	7
Article 1.3. Délai de carence.....	7
Article 1.4. Montant des prestations .....	7
Article 1.5. Salaire de référence .....	7
Article 1.6. Durée de la garantie .....	7
Article 2. Garantie incapacité temporaire .....	7
Article 2.1. Personnel concerné.....	7
Article 2.2. Définition de la garantie incapacité .....	8
Article 2.3. Point de départ du service des prestations .....	8
Article 2.4. Durée du service des prestations .....	8
Article 2.5. Montant des prestations .....	8
Article 2.6. Financement .....	8
Article 3. Garantie invalidité .....	8
Article 3.1. Personnel concerné.....	8
Article 3.2. Définition de la garantie .....	8
Article 3.3. Montant des prestations .....	8
Article 4. Clause communes aux garanties incapacité - invalidité.....	8
Article 4.1. Salaire de référence .....	8
Article 4.2. Limitation des prestations .....	9
Article 4.3. Revalorisation des prestations.....	9
Article 5. Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie .....	9
Article 5.1. Personnel concerné.....	9
Article 5.2. Définition de la garantie .....	9
Article 5.3. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) .....	9
Article 5.4. Salaire de référence .....	9
Article 6. Garantie rente éducation.....	10
Article 6.1. Personnel concerné.....	10
Article 6.2. Définition de la garantie .....	10
Article 6.3. Durée de la prestation .....	10
Article 6.4. : Définition des enfants à charge :.....	10
Article 6.5. Revalorisation des rentes éducation : .....	11
Article 7. Maintien des garanties en cas de décès au profit des assurés en arrêt de travail .....	11

Article 7.1. Salarié ou ancien salarié bénéficiant du maintien de la garantie décès en cas de résiliation ou de non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion .....	11
Article 7.2. Définition de la garantie décès maintenue en cas de résiliation ou de non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion	11
Article 8. Risques en cours à la date d'effet du régime .....	12
Article 9. Cotisation et répartition des cotisations .....	12
Article 10. Gestion du régime .....	13
Article 11. Réexamen des conditions d'organisation de la mutualisation	14
Article 12. Fonds social dédié à la branche de l'aide à domicile.....	14
<b>Article 13. La commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance</b> .....	<b>14</b>
Chapitre 2 Complémentaire santé .....	15
Article 14. Champ d'application du régime de complémentaire santé ...	15
Article 15. Les bénéficiaires de la garantie .....	15
Article 16. Extension des garanties frais de santé aux ayants droit du salarié	16
Article 17. Définition du conjoint et des enfants à charge .....	17
Article 18. Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé .....	17
Article 19. Conditions de la garantie frais de santé.....	18
Article 20. Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle).....	18
Article 21. Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle .....	22
Article 22. Conditions de suspension des garanties .....	22
Article 23. Conditions de cessation des garanties .....	22
Article 24. Forclusion .....	22
Article 25. Prescription.....	22
Article 26. Protocole de gestion administrative du régime complémentaire santé	23
Article 27. Cotisations.....	23
Article 28. Modalités d'adhésion et de mutualisation .....	24
Article 29. Fonds social .....	25
Article 30. Fonds social dédié à la branche de l'aide à domicile.....	25
Article 31. Commission paritaire nationale de suivi du régime de complémentaire santé.....	25

## Titre I. Les dispositions communes

### Article 1. Champ d'application

La présente convention collective s'applique aux rapports entre employeurs et salariés, sur le territoire national, y compris les DOM, entrant dans le champ d'application défini ci-après.

Cet accord s'applique à l'ensemble des entreprises et organismes employeurs privés à but non lucratif qui, à titre principal, ont pour activité d'assurer aux personnes physiques toutes formes d'aide, de soin, d'accompagnement, de services et d'intervention à domicile ou de proximité. Les entreprises et organismes entrant dans le champ d'application sont ceux qui apparaissent dans la Nomenclature d'Activités Françaises (NAF), correspondant notamment aux codes suivants :

- 85-3-J
- 85-3-K
- 85-1-G

à l'exception de ceux qui appliquent à titre obligatoire un autre accord étendu, et à l'exception :

- des SSIAD de la Croix Rouge Française
- des entreprises et organismes employeurs dont l'activité principale est le service de soins infirmiers à domicile adhérents de la FEHAP,
- des organismes employeurs dont l'activité principale est le SESSAD, le SAMSAH, ou le service de tutelle, et adhérents aux syndicats employeurs signataires de la convention collective nationale de travail du 15 mars 1966.

Il est précisé que le code NAF « APE » (Activité Principale Exercée), attribué par l'INSEE à l'employeur, et que celui-ci est tenu de mentionner sur le bulletin de paie, constitue une présomption d'application de la présente convention collective.

En cas de contestation sur son application, il incombe à l'employeur de justifier qu'il n'entre pas dans le présent champ d'application en raison de l'activité principale qu'il exerce.

Les employeurs adhérents d'une Fédération, d'une Union, ou d'une organisation entrant dans le champ d'application de la présente convention collective, mais qui n'exercent pas à titre principal les activités relevant de ce champ, pourront, s'ils ne sont pas couverts par un autre texte conventionnel étendu, appliquer à titre volontaire les dispositions de la présente convention.

### Article 2. Durée – Prise d'effet

La présente convention collective est conclue pour une durée indéterminée.

Pour que la présente convention collective prenne effet, celle-ci doit être agréée et étendue. Cependant, elle entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date de publication au journal officiel de son arrêté d'extension.

### Article 3. Adhésion

Toute organisation syndicale représentative au plan national selon les dispositions légales et réglementaires ou toute organisation employeur représentative au plan

national qui n'est pas partie prenante à la présente convention peut y adhérer ultérieurement dans les conditions prévues par le code du travail.

L'adhésion est notifiée aux signataires de la présente convention et fait l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions légales et réglementaires.

#### **Article 4. Révision**

Chaque partie signataire peut demander la révision de la présente convention collective moyennant un préavis de trente jours.

Cette révision est demandée par lettre recommandée adressée aux parties signataires ou adhérentes. Cette lettre doit comporter l'indication des articles dont il est demandé la révision et une proposition de nouvelle rédaction.

Au plus tard dans un délai d'un mois à partir de la fin du préavis, les parties doivent s'être rencontrées en vue de la négociation d'un nouveau texte.

L'accord portant révision de la convention peut être conclu par l'intégralité ou une partie des signataires de la présente convention.

Aucune demande de révision ne peut être introduite dans les 6 mois suivant l'entrée en vigueur de la dernière révision sauf demande émanant de l'ensemble des signataires du texte. Cette disposition ne peut faire obstacle à l'ouverture de négociation pour la mise en conformité de la convention avec toute nouvelle disposition légale ou toute nouvelle disposition résultant d'un accord interprofessionnel.

#### **Article 5. Dénonciation**

La présente convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties contractantes dans les conditions et délais prévus selon les dispositions légales et réglementaires.

Elle continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention ou à défaut, pendant une période de 18 mois à compter de l'expiration du délai de préavis de 3 mois. Au vu de l'état d'avancement des négociations, les partenaires sociaux pourront unanimement convenir de prolonger la période de 18 mois fixée ci-dessus.

Si la convention dénoncée n'est pas remplacée par une nouvelle convention, à l'expiration du délai ci-dessus, les salariés conservent les avantages individuels acquis du fait de la convention dénoncée.

La partie signataire qui dénonce la convention doit en informer les autres signataires par lettre recommandée avec accusé de réception, et doit procéder aux formalités de dépôt auprès de la direction départementale du travail, et du greffe du conseil de prud'hommes.

Toutefois, la partie signataire qui a dénoncé la convention pourra, pendant ce délai de préavis revenir sur sa décision.

#### **Article 6. Sécurisation juridique**

Sauf dispositions légales ou réglementaires le permettant, les accords d'entreprises ne peuvent déroger, dans un sens moins favorable, aux dispositions contenues dans la présente convention et ses avenants.

#### **Article 7. Substitution aux dispositions conventionnelles précédentes**

Les dispositions conventionnelles suivantes et l'ensemble de leurs avenants sont supprimés et remplacés par les dispositions du présent texte :

- convention collective nationale concernant les différentes catégories de personnels de l'ADMR du 6 mai 1970 et ses avenants ;
- convention collective nationale des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983 et ses avenants ;
- convention collective nationale concernant les personnels des organismes de travailleuses familiales du 2 mars 1970 et ses avenants ;
- accords collectifs UNACSS du 24 mai 1993 et leurs avenants ;

## **Titre I. Les dispositions communes**

- accord collectif de la branche de l'aide à domicile sur un statut des salariés à temps partiel signé le 19 avril 1993 ;
- accord collectif professionnel de la branche aide à domicile relatif aux commissions paritaires et paritaires mixtes de négociation signé le 26 décembre 1996 ;
- accord collectif de la branche professionnelle de l'aide à domicile relatif à l'organisation du travail signé le 31 octobre 1997 ;
- accord collectif de la branche professionnelle de l'aide à domicile relatif à la commission de conciliation signé le 31 octobre 1997 ;
- accord collectif de la branche professionnelle de l'aide à domicile relatif à la commission de suivi des accords signé le 31 octobre 1997 ;
- accord de la branche aide à domicile relatif à la réduction et à l'aménagement du temps de travail signé le 6 juillet 2000 à l'exception de ses articles 2, 5, 6.2.1 et 6.2.2. ;
- accord collectif de la branche de l'aide à domicile du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations ;
- accord de la branche de l'aide à domicile relatif à la formation tout au long de la vie et à la politique de professionnalisation signé le 16 décembre 2004 ;
- accord de la branche de l'aide à domicile relatif au champ d'application des accords de branche signé le 7 septembre 2005 ;
- accord de la branche de l'aide à domicile relatif à la non discrimination par l'âge et à l'emploi des seniors signé le 27 octobre 2009.

## Titre VII. Garanties sociales

### Maintien de salaire, prévoyance et complémentaire santé

#### Chapitre 1 Maintien de salaire et prévoyance

##### A. Maintien de salaire

###### Article 1. Garantie Maintien de salaire

###### Article 1.1. Personnel concerné

Tout salarié ayant au moins 6 mois d'ancienneté, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué par mois.

###### Article 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 :

###### Article 1.3. Délai de carence

- 3 jours en maladie ou accident de la vie courante
- 0 jour en accident du travail ou maladie professionnelle

###### Article 1.4. Montant des prestations

Les prestations sécurité sociale (réelles ou reconstituées de manière théorique pour les salariés effectuant moins de 200 heures par trimestre) 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.

###### Article 1.5. Salaire de référence

Le calcul des prestations se fait sur le salaire brut moyen tranches A et B des 6 mois précédant l'arrêt de travail. Les rappels, régularisations de salaire ou primes, à caractère annuel, qui auraient fait l'objet d'un versement sur les 6 derniers mois précédant l'arrêt de travail, sont lissés sur les 12 derniers mois de la période à laquelle ils se rapportent.

###### Article 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

###### Article 2.1. Personnel concerné

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

**Article 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 indemnités journalières dans les conditions suivantes :

**Article 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<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu.

**Article 2.4. Durée du service des prestations**

Les prestations sont versées jusqu'au 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail au plus tard.

**Article 2.5. Montant des prestations**

Le montant des indemnités journalières « incapacité de travail », y compris les prestations brutes de Sécurité sociale (réelles reconstituées de manière théorique pour les salariés n'ayant pas 200 heures) 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.

**Article 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**

**Article 3.1. Personnel concerné**

Tout salarié ayant au moins 6 mois d'ancienneté, quel que soit le nombre d'heures de travail effectué.

**Article 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'inaptitude au travail.

**Article 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 reconstituée de manière théorique pour les salariés n'ayant pas 200 heures), s'élève pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories d'invalidité à 75 % du salaire brut de référence.

En cas d'invalidité 1<sup>ère</sup> catégorie, le montant de la rente est égal aux 3/5<sup>ème</sup> de celui retenu pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> 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**

**Article 4.1. Salaire de référence**

Le calcul des prestations se fait sur le salaire brut moyen tranches A et B des 6 mois précédant l'arrêt de travail. Les rappels, régularisations de salaire ou primes, à caractère

Convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)  
signée le 21 mai 2010



annuel, qui auraient fait l'objet d'un versement sur les 6 derniers mois précédant l'arrêt de travail, sont lissés sur les 12 derniers mois de la période à laquelle ils se rapportent.

**Article 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.

**Article 4.3. Revalorisation des prestations**

Les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail comme indiqué dans le protocole de gestion administrative.

**Article 5. Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie**

**Article 5.1. Personnel concerné**

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

**Article 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 en premier lieu, 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, dans l'ordre suivant :

- à son conjoint marié, pacsé,
- 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 ayants-droit suivant la dévolution successorale.

Si l'assuré souhaite attribuer son capital décès à son concubin, il devra le faire au moyen d'une désignation de bénéficiaire(s).

**Article 5.3. Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) correspond à l'invalidité 3<sup>ème</sup> 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.

**Article 5.4. Salaire de référence**

Le salaire servant de base au calcul des prestations est le salaire brut 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 est revalorisé en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC.

Si le salarié ne compte pas 12 mois d'ancienneté, le salaire de référence est reconstitué à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés, y compris les éventuels éléments variables de rémunération.

## **Article 6. Garantie rente éducation**

### **Article 6.1. Personnel concerné**

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

### **Article 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.

### **Article 6.3. Durée de la prestation**

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

- jusqu'au 18<sup>ème</sup> anniversaire,
- jusqu'au 26<sup>ème</sup> anniversaire sous réserve qu'ils remplissent les conditions énoncées ci-après dans le paragraphe consacré à la définition des enfants à charge.
- jusqu'à 26 ans, s'il est invalide, c'est-à-dire dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle par suite d'infirmité ou de maladie chronique.

### **Article 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<sup>ème</sup> anniversaire, sans condition.
- jusqu'à leur 26<sup>ème</sup> 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 ;

## Titre VII. Garanties sociales et prévoyance

- d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du Pôle Emploi comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un Etablissement et Service d'Aide par le Travail ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.
- sans limitation de durée en cas d'invalidité avant le 26ème anniversaire, équivalente à l'invalidité de deuxième ou troisième 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'invalidé civil, sous réserve d'être âgé de moins de 26 ans à la date du décès du salarié.

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.

### **Article 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 1er janvier et au 1er 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**

#### **Article 7.1. Salarié ou ancien salarié bénéficiant du maintien de la garantie décès en cas de résiliation ou de non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion**

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 ou du non-renouvellement de la désignation des organismes assureurs cités à l'article VII.10. ou du contrat d'adhésion, au salarié ou ancien salarié en arrêt de travail pour maladie, accident, invalidité bénéficiant des prestations complémentaires d'incapacité de travail ou d'invalidité.

#### **Article 7.2. Définition de la garantie décès maintenue en cas de résiliation ou de non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion**

La garantie maintenue en cas de résiliation ou de non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion 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 ou de non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion, 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 ou du non renouvellement de la désignation ou du contrat d'adhésion.

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

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

- jusqu'au 1095<sup>ème</sup> 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**

Concernant les salariés en arrêt de travail au moment de la prise d'effet des garanties dans la structure :

- s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale sans être couverts auprès d'un précédent assureur pour des garanties décès similaires à celle du présent régime, les organismes désignés prendront en charge la couverture des garanties décès concernées, et ce dans les conditions prévues au titre du présent régime ;
- s'ils bénéficient des prestations du régime de sécurité sociale tout en bénéficiant d'un maintien de garanties décès auprès d'un précédent assureur mais pour des prestations inférieures à celles prévues par le présent régime, les organismes désignés prendront en charge le versement du différentiel entre les prestations du présent régime et celles maintenues par le précédent assureur.

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 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 indemnités 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. L'organisme désigné étudiera l'impact de ce maintien et, à l'issue des premières années de gestion du présent régime, présentera à la commission paritaire de gestion les impacts financiers de ces reprises d'encours.

## **C. Dispositions générales relatives au maintien de salaire et prévoyance**

### **Article 9. 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.

## Titre VII. Garanties sociales et prévoyance

Le taux de 3,83 % Tranche A et Tranche B, exprimé en pourcentage du salaire brut, est réparti comme suit :

Garanties	Employeur	Salarié	TOTAL
<b>Maintien de Revenu (avec 30% charge patronale)</b>	1,20%		1,20%
<b>Incapacité</b>		0,90%	0,90%
<b>Invalidité</b>	0,97 %	0,37%	1,34%
<b>Décès</b>	0,26%		0,26%
<b>Rente Education</b>	0,08%		0,08%
<b>Maintien garantie Décès</b>	0,02%		0,02%
<b>Mutualisation (Passif)</b>	0,03%		0,03%
<b>Total</b>	<b>2,56%</b>	<b>1,27%</b>	<b>3,83%</b>

### Article 10. 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 : 37 bd Brune – 75014 PARIS

#### - IONIS Prévoyance

Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale  
Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant Couturier – 92240 MALAKOFF

#### - U.N.P.M.F

Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, enregistrée au  
Registre National des Mutuelles sous le n° 442 574 166 agréée pour les branches 1, 2,  
20, 21 et 22  
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 ou la date de son extension par voie d'arrêté ministériel.

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 à Paris 10, rue Cambacérès – 75008.

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

### **Article 11. 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 5 ans.

A cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au moins 6 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.

A 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 12. 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.10. de la présente convention. Les modalités de gestion de ce fonds sont définies dans le protocole de gestion administrative conclu entre les partenaires sociaux de la branche et ces mêmes organismes.

### **Article 13. 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 2 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 VII.15.2 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 14. 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 15. Les bénéficiaires de la garantie**

#### **Article 15.1. Bénéficiaires à titre obligatoire**

Les salariés bénéficient obligatoirement de cette couverture 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.

#### **Article 15.2. Les cas dérogatoires**

Toutefois, conformément à réglementation sociale et fiscale, par dérogation au caractère obligatoire pour les personnels visés ci-dessus, l'adhésion à la garantie « frais de santé » est facultative pour les salariés suivants :

- Salariés qui se trouvent dans les cas suivants lors de l'entrée en vigueur de cet accord ou de la mise en place du présent régime dans leur entreprise :
  - salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). L'adhésion facultative n'est permise que pour la durée de leur prise en charge au titre de cette couverture CMU. Dès l'extinction des droits CMU, le salarié doit être affilié à titre obligatoire ;
  - 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 couverts par une assurance individuelle frais de santé, jusqu'à l'échéance de leur contrat (si celui-ci ne peut pas être résilié par anticipation) ;
  - salariés bénéficiaires par ailleurs d'une couverture frais de santé obligatoire souscrite par leur conjoint.
- Salariés qui se trouvent à leur embauche dans l'une des situations suivantes :
  - salariés sous contrat à durée déterminée et travailleurs saisonniers ;
  - salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire obligatoire frais de santé dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples) ;

## **Titre VII. Garanties sociales et prévoyance**

- salariés à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) n'ayant qu'un seul employeur et apprentis, 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 un écrit signé par chacun des salariés concernés stipulant leur refus d'adhésion et le motif exact parmi les cas listés ci-dessus.

Pour les salariés sous contrat à durée déterminée de moins de douze mois, ainsi que les travailleurs saisonniers ayant une durée de présence (cumulée) de moins de douze mois dans l'entreprise, la dispense d'affiliation est de droit.

Les salariés concernés par la dérogation au titre de la CMU-C et de la couverture obligatoire auprès d'un autre employeur doivent justifier au moins une fois par an de leur situation permettant la dérogation.

Ces salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur 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.

Si la structure ne respecte pas l'ensemble des dispositions du présent article, elle encourt le risque d'un redressement fiscal et/ou social pour elle-même et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime. En effet, le régime ne bénéficierait plus des avantages fiscaux et sociaux des régimes collectifs obligatoires, et notamment cotisation employeur soumise à charges sociales, cotisation salarié non déductible du revenu imposable.

### **Article 16. Extension des garanties 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.



## **Article 17. Définition du conjoint et des enfants à charge**

### **Article 17.1. 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 1 an et que le domicile fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée de 1 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).

### **Article 17.2. Enfants à charge**

Sont réputés à charge du salarié les enfants 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 :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
  - s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de sécurité sociale des étudiants ;
- ou
  - sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi ;;
- ou
  - sont sous contrat d'apprentissage ;
- ou
  - s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RMI mensuel.

- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille, par les dispositions légales et réglementaires, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du salarié sont considérés comme à charge.

## **Article 18. 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'examens 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 6 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 19. Conditions de la garantie frais de santé**

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau ci-après, ils s'ajoutent aux 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 » et la règle de la non-prise en charge des participations forfaitaires laissées à la charge de l'assuré, permettant ainsi de bénéficier de :

- l'exonération des charges sociales sur les cotisations pour l'employeur
- la déductibilité des cotisations du revenu net imposable, pour le salarié
- l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance.

**Article 20. Tableau des garanties (hors Alsace-Moselle)**

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 complément des versements du régime de la sécurité sociale et sont présentées dans les tableaux annexés selon trois niveaux de remboursements :

- régime de base obligatoire ;
- 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.

**Article 20.1. Régime de base obligatoire**

POSTES	REGIME BASE PRIME PRESTATION COMPLEMENTAIRES SS INCLUSE	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>		
Frais de séjour, salle d'opération	150% BR	80 % FR limité à 150 % BR
Honoraires - actes de chirurgie K	150% BR	80 % FR limité à 150 % BR
Chambre particulière (maxi 1 an)	2 % PMSS (57,70 € en 2010)	
Forfait hospitalier	100 % FR	
Frais d'accompagnement (EAC < 16 ans)	Néant	
Transport (remboursé SS)	100% BR	
<b>Actes médicaux</b>		
Généraliste - Parcours de soins	150 % BR	80 % FR dans la limite de 100 % BR
Généraliste - Hors Parcours de soins	100 % BR	
Spécialiste - Parcours de soins	150% BR	
Spécialiste - Hors Parcours de soins	100% BR	
Radiologie	100% BR	
Analyses	100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR	
Actes de chirurgie hors hospitalisation	100% BR	
<b>Pharmacie (remboursée SS)</b>	100% BR	
<b>Soins et Prothèses Dentaires</b>		
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	100 % BR	
Proth dent remb (yc inay core & clavette)	300% BR	
Orthodontie remboursée	300% BR	
Orthodontie, paradontologie, ou proth dent non remb	Néant	
<b>Prothèses non dentaires (acceptées SS)</b>		
Prothèses auditives (y compris piles)	100% BR + 5% PMSS /an / bénéf	
Orthopédie & autres prothèses	100 % BR	
<b>Optique</b>		
Monture Adulte	3% PMSS / par an / par bénéf (86,55 € en 2010)	
Pour les 2 verres Adulte	1%PMSS + 1750 % BR / an / bénéf	
Monture Enfants (Moins de 18 ans)	2% PMSS / par an / par bénéf (57,70 € en 2010)	
Pour les 2 verres Enfants	1000 % BR / an / bénéf	
Lentilles remboursées	3% PMSS / par an / par bénéf (86,55 € en 2010)	
Lentilles non remboursées et jetables	Crédit annuel par bénéficiaire : 3 % PMSS	
<b>Cure thermique (acceptée SS)</b>		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	Néant	
<b>Maternité</b>		
chambre particulière (6 jrs maxi)	2 % PMSS (57,70 € en 2010)	
Forfait par enfant dans limite frais réels justifiés	Forfait 5% PMSS (144,25 € en 2010)	
<b>Divers</b>		
Chirurgie de la myopie	Crédit annuel par bénéficiaire : 200 € / oeil	
Vaccins antigrippe	100% FR	
Ostéopathie	Néant	
Contraception	2,50% PMSS / an /Bénéf	
Forfait actes médicaux > 91 €	18 €	

**Article 20.2. Régime confort**

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

POSTES	REGIME CONFORT PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES SS INCLUDE	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>		
Frais de séjour, salle d'opération	250% BR	80 % FR limité à 250 % BR
Honoraires - actes de chirurgie K	250% BR	80 % FR limité à 250 % BR
Chambre particulière (maxi 1 an)	3 % PMSS (86,55 € en 2010)	
Forfait hospitalier	100 % FR	
Frais d'accompagnement (EAC < 16 ans)	2 % PMSS (57,70 € en 2010)	
Transport (remboursé SS)	100 % BR	
<b>Actes médicaux</b>		
Généraliste - Parcours de soins	150 % BR	80 % FR dans la limite de 100 % BR
Généraliste - Hors Parcours de soins	100 % BR	
Spécialiste - Parcours de soins	200 % BR	
Spécialiste - Hors Parcours de soins	150 % BR	
Radiologie	100 % BR	
Analyses	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Actes de chirurgie hors hospitalisation	100 % BR	
<b>Pharmacie (remboursée SS)</b>	100% BR	
<b>Soins et Prothèses Dentaires</b>		
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	100 % BR	
Proth dent remb (yc inlay core & clavette)	300% BR	
Orthodontie remboursée	300% BR	
Orthodontie, paradontologie, ou proth dent non remb	Crédit annuel de 300 €/ an / bénéf	
<b>Prothèses non dentaires (acceptées SS)</b>		
Prothèses auditives (y compris piles)	100% BR + 15% PMSS /an / bénéf	
Orthopédie & autres prothèses	100 % BR	
<b>Optique</b>		
Monture Adulte	5% PMSS / par an / par bénéf (144,25 € en 2010)	
Pour les 2 verres Adulte	2% PMSS + 2000 % BR / an / bénéf	
Monture Enfants (Moins de 18 ans)	3% PMSS / par an / par bénéf (86,55 € en 2010)	
Pour les 2 verres Enfants	1500 % BR / an / bénéf	
Lentilles remboursées	5% PMSS / par an / par bénéf (144,25 € en 2010)	
Lentilles non remboursées et jetables	Crédit annuel par bénéficiaire : 5 % PMSS	
<b>Cure thermique (acceptée SS)</b>		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	Forfait 10% PMSS (soit 288,25 € en 2010)	
<b>Maternité</b>		
chambre particulière (6 jrs maxi)	3 % PMSS (86,55 € en 2010)	
Forfait par enfant dans limite frais réels justifiés	Forfait 10% PMSS (soit 288,25 € en 2010)	
<b>Divers</b>		
Chirurgie de la myopie	Crédit annuel par bénéficiaire : 300 €/ oeil	
Vaccins antigrippe	100% FR	
Ostéopathie	Néant	
Contraception	2,50% PMSS / an /Bénéf	
Forfait actes médicaux > 91 €	18 €	

**Article 20.3. Régime confort PLUS**

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

POSTES	REGIME CONFORT PLUS PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES SS INCLUSE	
	Conventionné	Non conventionné
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>		
Frais de séjour, salle d'opération	350%BR	80 % FR limité à 350 % BR
Honoraires - actes de chirurgie K	350%BR	80 % FR limité à 350 % BR
Chambre particulière (maxi 1 an)	4 % PMSS (115,40 € en 2010)	
Forfait hospitalier	100 % FR	
Frais d'accompagnement (EAC < 16 ans)	2 % PMSS (57,70 € en 2010)	
Transport (remboursé SS)	100 % BR	
<b>Actes médicaux</b>		
Généraliste - Parcours de soins	150 % BR	80 % FR dans la limite de 150 % BR
Généraliste - Hors Parcours de soins	100 % BR	
Spécialiste - Parcours de soins	250 % BR	
Spécialiste - Hors Parcours de soins	150 % BR	
Radiologie	100 % BR	
Analyses	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Actes de chirurgie hors hospitalisation	100 % BR	
<b>Pharmacie (remboursée SS)</b>	100% BR	
<b>Soins et Prothèses Dentaires</b>		
Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	100 % BR	
Proth dent remb (yc inay core & clavette)	400% BR	
Orthodontie remboursée	400% BR	
Orthodontie, paradontologie, ou proth dent non remb	Crédit annuel de 600 €/ an / bénéf	
<b>Prothèses non dentaires (acceptées SS)</b>		
Prothèses auditives (y compris piles)	100% BR + 25% PMSS /an / bénéf	
Orthopédie & autres prothèses	150 % BR	
<b>Optique</b>		
Monture Adulte	6% PMSS / par an / par bénéf (173,10 € en 2010)	
Pour les 2 verres Adulte	3% PMSS + 2500 % BR / an / bénéf	
Monture Enfants (Moins de 18 ans)	3% PMSS / par an / par bénéf (86,55 € en 2010)	
Pour les 2 verres Enfants	2000 % BR / an / bénéf	
Lentilles remboursées	5% PMSS / par an / par bénéf (144,25 € en 2010)	
Lentilles non remboursées et jetables	Crédit annuel par bénéficiaire : 6 % PMSS	
<b>Cure thermique (acceptée SS)</b>		
Frais de traitement et honoraires	100 % BR	
Frais de voyage et hébergement	Forfait 10% PMSS (soit 288,25 € en 2010)	
<b>Maternité</b>		
chambre particulière (6 jrs maxi)	4 % PMSS (115,40 € en 2010)	
Forfait par enfant dans limite frais réels justifiés	Forfait 10% PMSS (soit 288,25 € en 2010)	
<b>Divers</b>		
Chirurgie de la myopie	Crédit annuel par bénéficiaire : 400 €/ oeil	
Vaccins antigrippe	100% FR	
Ostéopathie	20 €/ séance (maxi : 5 séances / an/ bénéficiaire )	
Contraception	3,50% PMSS / an /Bénéf	
Forfait actes médicaux > 91 €	18 €	

**Article 21. 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 22. 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 prévues par le présent régime 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 les cotisations correspondantes.

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 3 mois suivant la reprise. A 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 de 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 23. Conditions de cessation des garanties**

Les garanties cessent :

- en cas de rupture du contrat de travail du salarié ;
- à la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie du personnel définie à l'article VII.15.1.

**Article 24. Forclusion**

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 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.

**Article 25. Prescription**

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement 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.

Cette prescription est portée à 10 ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le salarié.

**Article 26. Protocole de gestion administrative du régime complémentaire santé**

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement administratif font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans le protocole de gestion conclu entre les signataires du présent avenant et les organismes désignés ci-après.

**Article 27. Cotisations**

**Article 27.1. Montant de la cotisation**

A la date d'entrée en vigueur de la présente convention, la cotisation « frais de santé » est égale à :

- 37,29€ par mois pour le salarié seul ;

La charge de cette cotisation doit être répartie comme suit :

- 40% pour l'employeur ;
- 60% pour le salarié.

Cette cotisation est révisable par accord paritaire.

**Article 27.2. 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 VII.15.1.

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 15 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 seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

A défaut des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'organisme désigné pour la gestion envoie à la structure adhérente une lettre de mise en demeure en recommandée 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 28. Modalités d'adhésion et de mutualisation

### Article 28.1. 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 : 37 bd Brune – 75014 PARIS
- **IONIS Prévoyance**  
Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale  
Siège social : 139/147 rue Paul Vaillant Couturier – 92240 MALAKOFF
- **U.N.P.M.F (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 n° 442 574 166 agréée pour les branches 1,  
2, 20, 21 et 22  
Siège social : 255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS
- **MACIF**  
Siège social : carré Hausmann, 22/28, rue Joubert 75435 PARIS CEDEX 09.

### Article 28.2. Clause de migration ou antériorité

1. Toutes les structures relevant de la branche professionnelle doivent rejoindre l'un des organismes désignés à la date d'effet de la convention ou la date de son extension par voie d'arrêté ministériel.  
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 contrats d'assurance souscrits antérieurement à la date de d'effet de la présente convention ne sont pas tenues d'adhérer à l'un des organismes désignés à condition que ces contrats soient adaptés en conséquence.

Cette adaptation qui dispense les structures concernées de rejoindre la mutualisation du présent régime consiste nécessairement à :

- offrir aux salariés concernés des garanties strictement supérieures, prestation par prestation, à celles prévues par le présent régime ;
- et/ou prévoir une répartition de la cotisation entre employeur et salarié au moins aussi favorable ou une part salariale de cotisation au plus équivalente à celle prévue dans le présent régime ;

Les structures concernées qui désirent néanmoins rejoindre le régime conventionnel pour bénéficier de la mutualisation peuvent demander leur adhésion auprès d'un des



organismes désignés à l'article VII.28.1 du présent chapitre dans les conditions tarifaires prévues par l'article VII.27.1 du présent chapitre, et ce dans un délai de 12 mois à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention.

En outre, en cas de remise en cause de leur régime frais de santé d'entreprise et de résiliation d'un contrat d'assurance souscrit avant la date d'effet de la présente convention, quel qu'en soit le niveau des garanties, les structures concernées auront l'obligation de rejoindre le présent régime de complémentaire santé mutualisé de la branche professionnelle.

### **Article 28.3. 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 1er janvier après notification aux organismes désignés par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 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 5 ans à partir de la signature de la présente convention collective.

### **Article 29. 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 30. 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 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 31. 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 II.13.a de la présente convention.

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

**ORGANISATIONS EMPLOYEURS**

**USB-Domicile :**

**UNADMR**

Monsieur David DUIZIDOU  
Union Nationale des Associations  
ADMR

184A, rue du Faubourg Saint Denis  
75010 PARIS

**UNA**

Monsieur Emmanuel VERNY  
Union Nationale de l'Aide, des  
Soins et des Services aux  
Domiciles

108/110, rue Saint Maur  
75011 PARIS

**ADESSA A DOMICILE FEDERATION NATIONALE**

Monsieur Jean de GAULLIER  
3, rue de Nancy  
75010 PARIS

**FNAAFP/CSF**

Madame Claire PERRAULT  
Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire  
Confédération Syndicale des Familles  
53, rue Riquet  
75019 PARIS

## **ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIES**

### **CFDT**

Madame Maryvonne NICOLLE  
Fédération Nationale des Syndicats des Services de Santé et Services Sociaux  
48/49, avenue Simon Bolivar – 75019 PARIS

### **CFE/CGC**

Monsieur Claude DUMUR  
Fédération Française Santé Action Sociale  
39, rue Victor Massé – 75002 PARIS

### **CFTC**

Monsieur 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

### **CGT**

Madame Sylviane SPIQUE  
Fédération Nationale des Organismes Sociaux  
263, rue de Paris – Case 536 – 93515 MONTREUIL Cedex

### **CGT-FO**

Madame Josette RAGOT  
Fédération Nationale de l'Action Sociale Force Ouvrière  
7, impasse Tenaille – 75014 PARIS

### **UNSA / SNAPAD**

Monsieur Thierry OTT  
Syndicat National Autonome du Personnel de l'Aide à Domicile  
12 rue Louis Bertrand – 94200 IVRY SUR SEINE