

ACCORD DE BRANCHE PORTANT SUR LA CREATION D'UN REGIME EN FRAIS DE SOINS DE SANTE

Convention Collective Nationale des Industries de la Sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes

Préambule

Depuis de nombreuses années, les partenaires sociaux inscrivent les garanties de protection sociale dans une véritable politique de branche fondée sur des objectifs de solidarité et d'intérêt général, liant entre eux les salariés, les anciens salariés et les entreprises.

La politique définie par la branche appréhende la gestion de la population salariée en l'accompagnant tout au long de sa carrière, dans le cadre d'une protection sociale globale, portable, extensible à tous les risques, capable de prévention et d'anticipation, ce qui implique de disposer des informations permettant de bien connaître les conditions générales de travail et de vie de l'ensemble de cette population, en vue de leur amélioration, dans un secteur constitué à plus de 90% d'entreprises de moins de 20 salariés. (Données 2013)

Pour la mise en œuvre de la Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et de ses décrets, imposant aux entreprises la mise en place d'un régime en frais de soins de santé pour tous les salariés au 1er janvier 2016, les partenaires sociaux, de la Convention Collective Nationale des Industries de la Sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes, ont sollicité les organismes paritaires « historiques » de la Branche ayant une connaissance approfondie du secteur qui sont seuls à même de garantir l'exécution d'une politique de protection sociale de branche fixée par les partenaires sociaux, et à appliquer cette politique au service des salariés et des entreprises de la branche et permettre aux organisations représentatives d'en assurer le suivi.

C'est dans ce cadre que les négociations ont débuté le 17 décembre 2013 entre les organisations syndicales et la délégation patronale FESPA France. Le présent accord définit les conditions du régime de branche en frais de soins de santé que les employeurs devront mettre en place au profit de tous leurs salariés dans les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Industries de la sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes.

EM.

GA PS 7E
AP TS
LE 1

Article 1 : Champ d'application

Les entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Industries de la sérigraphie et des procédés d'impression numérique connexes qui ne disposent pas d'un régime en frais de soins de santé ou celles qui ne disposent pas de régime au moins équivalent en terme de garanties minimales prévues dans l'accord devront mettre en place le régime de branche en frais de soins de santé pour tous leurs salariés dans les conditions exposées ci-après.

Par le présent accord les parties signataires rappellent que l'ensemble des garanties négociées s'impose à toutes les entreprises, entrant dans le champ de la Convention Collective.

Article 2 : Bénéficiaires à titre obligatoire

Tous les salariés de l'entreprise, sans distinction entre les catégories socioprofessionnelles, bénéficient obligatoirement d'une couverture des frais en soins de santé au moins égale à celle définie au tableau des prestations de l'article 4.

Article 3 : Cas de dispenses

L'affiliation de tous les salariés au régime de branche est obligatoire.

Les dispenses d'adhésion doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite du salarié traduisant un consentement libre et éclairé de ce dernier, faisant référence à la nature des garanties en cause auxquelles il renonce.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Dans ce contexte, les salariés seront dans l'obligation de faire une demande écrite de dispense et de fournir à l'employeur, chaque année, au 31 décembre, les justificatifs nécessaires dont la copie du contrat d'assurance qui les couvrent comprenant au minimum les garanties prévues à l'article 4 de cet accord.

Si ces conditions ne sont pas respectées, la cotisation des garanties minimales prévues dans l'accord sera automatiquement prélevée par mois, sans rétroaction possible. La dispense prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été faite et validée.

Les dispenses doivent correspondre à l'un ou l'autre des deux cas définis ci-dessous :

Cas de dispense n° 1: salariés en CDD ou à temps partiel et apprentis

L'accord prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

- des salariés à durée déterminée et des apprentis, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;

- des 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.

EN.

AP RS
CA JS 2
PE 7E

Cas de dispense n° 2 : bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et salariés déjà couverts, y compris en tant qu'ayants droit, par certains dispositifs

L'accord prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

a) Des salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

b) Des salariés couverts par une assurance individuelle frais de soins de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;

c) A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté 26 mars 2012 modifié) :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la présente circulaire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

La faculté de dispense mentionnée au a) comme au b) s'exerce indépendamment de la date à laquelle la situation personnelle du salarié vient à le faire bénéficier d'une autre couverture complémentaire. Un salarié, affilié au régime de prévoyance collectif et obligatoire de son entreprise, qui se trouve couvert ultérieurement par le régime de prévoyance de son conjoint soit au titre d'un régime lui-même collectif et obligatoire qui prévoirait la couverture obligatoire des ayants-droit, soit au titre d'un régime « Madelin » ou d'une mutuelle de fonctionnaire, pour ne citer que ces exemples, peut faire valoir sa dispense d'adhésion au régime de son entreprise auquel il adhérait antérieurement.

EM

GA JS 3 PE
AS AT TE

Réaffiliation

Les salariés dispensés d'affiliation sont réaffiliés s'ils en font la demande écrite à l'employeur. La réaffiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été faite.

Deux cas de réaffiliations :

- suite à une modification du contrat de travail, dans ce cas les démarches seront faites à l'initiative de l'employeur,
- suite à une demande de dispense du salarié (modification du contrat d'assurance couvrant le salarié dans l'année), dans ce cas, le salarié aura l'obligation d'en informer son employeur par écrit.

Article 4 : Prestations garanties minimales

La couverture a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation. Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de la conclusion du présent accord. Elles sont revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les garanties respectent en toutes circonstances les exigences du contrat « responsable » en termes d'interdictions et d'obligations minimales de prise en charge, conformément aux articles L.871-1 et R.871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale, l'exigence relative aux contrats responsables étant renforcée du fait de la politique de prévention conçue dans la perspective de l'objectif de solidarité.

Les garanties du présent accord constituent les garanties minimales obligatoires devant bénéficier à l'ensemble du personnel salarié de la branche. Aucune des prestations énumérées ne peut être inférieure aux garanties indiquées ci-dessous.

Les garanties sont exprimées soit en forfait, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (part Sécurité sociale incluse). Les remboursements sont limités aux frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale. Ils ne comprennent pas la participation forfaitaire prévue par l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, l'autorisation de dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins et les franchises médicales.

SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX	
Consultations et visites : généralistes	100%
Consultations et visites : spécialistes	100%
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	100%
Soins externes	100%
Transport	100%
PHARMACIE	
Médicaments à SMR majeur ou important	100%
Médicaments à SMR modéré	100%
Médicaments à SMR faible	100%
Spécialités homéopathiques (7° R.322-1)	100%

EM.

AS JS 4 7E
CA PE RP

ANALYSES ET EXAMENS	
Analyses	100%
Radiologie	100%
Actes techniques médicaux	100%
HOSPITALISATION (en établissement conventionné)	
Hospitalisation : frais de séjour, honoraires	100%
Forfait journalier hospitalier dès le 1er jour	100%
Lit accompagnant pour les enfants < 12 ans (90 jrs / hosp)	(23€ / jour)
OPTIQUE ADULTE	
Monture + 2 verres simples	100% + 150 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre intermédiaire	100% + 200 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	100% + 200 €
Monture + 2 verres intermédiaires	100% + 250 €
Monture + 1 verre intermédiaire + 1 verre complexe	100% + 300 €
Monture + 2 verres complexes	100% + 350 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100% + 100 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	80 €
DENTAIRE	
Soins dentaires	100%
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	350%
Orthodontie	200%
AUTRES PROTHESES ET DIVERS	
Prothèses auditives	350%
Appareillages orthopédiques	350%
Autres prothèses	350%
PREVENTION ET SERVICES	
Actes de prévention pris en charge (arrêté ministériel du 08/06/2006)	100%
Accès à Noémie	oui
Carte de Tiers Payant	oui
Espace web sécurisé entreprise	oui
Espace web sécurisé salarié	oui
Assistance	oui

Prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lequel la période est annuelle. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique. Le remboursement de la monture est plafonné à 150 €.

EM

RS
GA JS 5 7E
RE

Article 5 : Système d'options

Au-delà du régime obligatoire et des garanties minimales prévues dans l'accord de branche à l'article 4, le salarié peut choisir d'accéder, à titre individuel et/ou pour ses ayants-droits à un niveau de garanties plus favorables.

A cet effet, les organismes assureurs proposeront des options complémentaires aux salariés concernés qui pourront s'ajouter à leur contrat. Ces options sont entièrement à la charge du salarié et feront l'objet d'un contrat individuel distinct du contrat collectif.

Article 6 : Financement des garanties de santé

Le financement des garanties collectives du présent accord est assuré par une contribution collectée par l'organisme assureur sélectionné par chaque entreprise.

Le financement de la couverture collective couvrant le salarié est reparti de la manière suivante : 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Article 7 : Portabilité

Nature des garanties

En cas de cessation du contrat de travail (sauf en cas de faute lourde) ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié, s'il bénéficiait effectivement des garanties complémentaires de santé à la date de cessation de son contrat de travail, peut continuer à bénéficier du régime pendant sa période de chômage et pour une durée égale à la durée de son dernier contrat de travail (ou de la durée totale des contrats successifs chez le même employeur) appréciée en mois entiers, dans la limite de 15 mois de couverture.

L'organisme assureur se charge de prolonger automatiquement et gratuitement la couverture des garanties en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions et limites de durée indiquées ci-dessus.

Le maintien des droits prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail. Toute suspension 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 des droits.

Le dispositif de portabilité est également applicable à tous les salariés qui font l'objet d'un licenciement dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire et/ou de cessation d'activité.

EM.

CS
CA
AS 6 7E
BE

Information du salarié sur ses droits

Lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'employeur est tenu de délivrer au salarié les informations qui lui permettent de connaître précisément **la nature et la durée de ses droits au titre de la portabilité des garanties**. L'employeur est tenu de mentionner l'existence de ces droits lors de la remise du certificat de travail. La preuve de l'accomplissement de cette obligation d'information peut être apportée par tout moyen, et notamment par **l'envoi de la présente notice par lettre recommandée avec accusé de réception ou par signature d'un reçu en main propre**. L'ancien salarié n'aura aucune démarche à accomplir pour être couvert dans les conditions indiquées ci-dessus.

Réalisation des risques assurés

Lorsqu'un des risques couverts au titre de la portabilité s'est réalisé, le versement de la prestation par l'organisme assureur est subordonné :

- à la production d'un certificat de travail conforme aux prescriptions de l'article 1-21 b) de la Convention collective ;
- à la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage au moment de la réalisation des actes médicaux, des soins ou des événements ouvrant droit aux garanties. Est considéré comme pris en charge, l'ancien salarié qui est éligible aux allocations de l'assurance chômage, ce qui résulte de l'inscription comme demandeur d'emploi et de l'attestation de l'ouverture du droit aux allocations de l'assurance chômage ;
- à la production des documents justificatifs en vue de la prise en charge.

Fin des droits

L'ancien salarié est tenu d'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 maintien des garanties au titre de la portabilité, dans les 10 jours qui suivent la réception de la notification de cessation des droits.

Retraite

L'organisme assureur devra prévoir un dispositif permettant une gratuité temporaire pour les salariés partant à la retraite.

EM

AS
CA
JS, JE
PE

Article 8 : Suivi du régime de branche

Le suivi du régime de branche se fait dans le cadre de la Commission Paritaire.

Les organismes assureurs communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses, commentés nécessaires aux travaux de la Commission Paritaire.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau des garanties pourra faire l'objet d'un ajustement négocié par la Commission Paritaire.

Article 9 : Mise en œuvre de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Les entreprises concernées par l'accord instauré au niveau de la branche devront s'y conformer d'ici le 1^{er} janvier 2016.

Article 10 : Notification - Dépôt et extension

Le présent accord sera, conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue de son dépôt. La partie patronale s'emploiera à obtenir son extension conformément à la législation en vigueur.

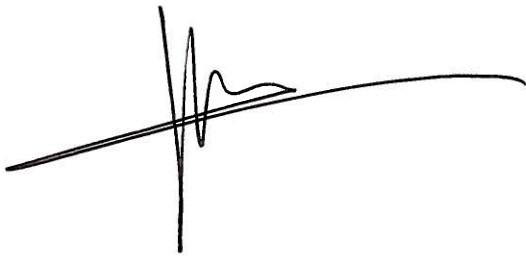
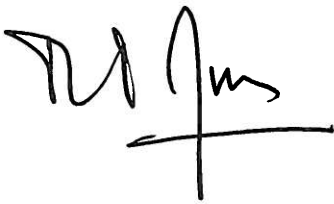
EM

OS
CA
AP
8
7E
LE

Fait à Paris, le 22 octobre 2015

LA DELEGATION PATRONALE

FESPA France



LES DELEGATIONS DE SALARIES

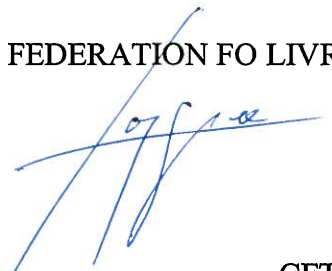
FILPAC-CGT



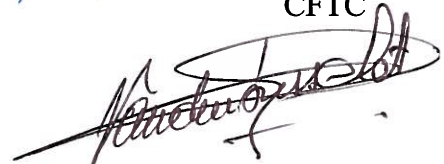
F3C - CFDT



FEDERATION FO LIVRE



CFTC



CFE-CGC IP

