

Avenant n°45 du 28 juin 2013

**instituant un régime de remboursement de frais de santé
au sein de la branche des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels
et portant création d'une annexe V**

Entre : les Organisations d'Employeurs :

S.N.E.L.A.C.
S.N.D.L.L.

représenté par Daniel DREUX
représenté par Francis DAISSON

représentant les entreprises relevant du secteur des Espaces de Loisirs, d'Attractions et Culturels,

d'une part,

et

les Organisations Syndicales :

C.F.D.T. – Fédération des Services
C.F.T.C.
C.G.T. Fédération Commerces et Services
CGT-F.O. SNEPAT-F.O.
CFE- CGC INOVA

d'autre part,

F.D.
DL
DO
UP
MS

PREAMBULE

Bien avant l'ouverture des discussions ayant permis l'aboutissement de l'Accord National Interprofessionnel sur la sécurisation de l'Emploi du 11 janvier 2013, les parties signataires du présent accord se sont réunies afin d'instituer un régime de remboursement de frais de santé, au sein de la Convention collective nationale des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

Ces travaux ont été motivés par le souhait partagé par les parties d'améliorer le statut social des salariés en les faisant accéder à une couverture d'assurance obligatoire qui puisse bénéficier également à leurs ayants droit et ceci en prenant en considération le nécessaire progrès social que constitue la généralisation de l'accès aux soins pour les salariés.

Les parties signataires du présent accord entendent mettre en œuvre des garanties qui puissent répondre, notamment, aux quatre objectifs suivants :

- couvrir l'ensemble des salariés des entreprises des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels en matière de remboursement de frais de santé ;
- obtenir la meilleure mutualisation des risques possible au niveau professionnel ;
- organiser une solidarité entre les entreprises et les salariés de la profession sans considération, notamment, d'âge ou d'état de santé,
- garantir une couverture d'assurance quel que soit le niveau de sinistralité d'une entreprise de la branche.

Le présent accord collectif constitue une annexe et s'incorpore donc à la convention collective des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels du 5 janvier 1994.

ARTICLE 1ER : OBJET

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de soins de santé destiné à compléter des prestations de sécurité sociale, par la souscription d'une couverture d'assurance auprès d'un organisme habilité, et plus spécialement par l'adhésion à un contrat collectif auprès d'un organisme assureur tel que recommandé par accord collectif séparé.

ARTICLE 2 : BENEFICIAIRES

Le régime bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, sans sélection médicale.

Le régime prend en charge les ayants droit du salarié à sa charge au sens de la sécurité sociale. Le régime s'applique également, de façon facultative, aux conjoints non à charge, selon les modalités définies au présent article.

F.O.
DO
UP
N.S.S.

2.1. Salariés bénéficiaires

L'adhésion des salariés résulte de la signature du présent accord. Elle s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Lors de la première année d'adhésion de l'entreprise à l'organisme assureur, une ancienneté de six mois sera requise pour bénéficier du remboursement de certaines dépenses mentionnées à l'article 4 du présent accord.

Cependant, les salariés suivants disposent de la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois.
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties de « remboursement de frais de santé ».
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.
- les salariés qui, à la date d'effet du présent régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont titulaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire d'une part, la décision administrative d'attribution de l'une desdites aides et d'autre part, tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance. Cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel au titre duquel les salariés bénéficient de l'une de ces aides.
- A condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de prévoyance mentionnés par l'arrêté du 26 mars 2012.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la direction de l'entreprise, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Ces dispenses d'adhésion sont instituées conformément à l'article R.242-1-6 du Code de la sécurité sociale. La mise en cause de l'une de ces dispenses suite à une modification de cette disposition réglementaire conduirait à exclure automatiquement sa mise en œuvre au titre du présent régime.

F.D.
02
00
UP
DF 1255

2.2. Définition des ayants-droit

Bénéficiaire du régime en qualité d'ayants droit :

- Le conjoint, le partenaire lié par un PACS et le concubin résident sous le même toit, dès lors qu'il est ayant droit du salarié au sens de la sécurité sociale.
- Les enfants à charge, c'est-à-dire :
 - o Les enfants de moins de 21 ans à la charge du salarié ou de son conjoint (concubin) au sens de la législation sociale,
 - o Les enfants s'ils inscrits à Pôle Emploi en qualité de « primo demandeurs »,
 - o Les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - Les enfants du salarié, de son conjoint ou concubin pris dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable
 - Les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en cas d'application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global
 - Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes, c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison de leur invalidité, pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ou bénéficiaires d'une pension alimentaire que le salarié a été autorisé à déduire de son impôt sur le revenu
- Ses ayants droits à charge au sens de l'article L.313-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception des ascendants et des collatéraux.

Par ailleurs, les conjoints non à charge au sens de la sécurité sociale pourront adhérer aux garanties du présent régime de manière individuelle, dès lors qu'ils acquittent une cotisation spécifique ; cette adhésion n'ouvre pas au droit à portabilité.

ARTICLE 3 : ORGANISME ASSUREUR

Les entreprises entrant dans le champ d'application de la Convention collective nationale des Espaces de loisirs doivent obligatoirement garantir à leur personnel la couverture minimale définie à l'article 4 ci-dessous. Pour ce faire, elles peuvent souscrire un contrat d'assurance auprès de l'organisme habilité de leur choix. En effet, afin de préserver la liberté des entreprises de la branche, tout particulièrement lorsqu'elles disposent déjà d'un régime reconnaissant des droits équivalents au profit de leurs salariés, les parties signataires du présent accord ont décidé de ne pas désigner d'organisme assureur auquel les entreprises seraient contraintes d'adhérer.

Pour autant, les parties ont souhaité accompagner les entreprises du secteur dans la recherche de la couverture d'assurance la plus avantageuse au regard des niveaux de garanties et de cotisations conventionnellement imposés. C'est dans ce cadre qu'elles ont négocié un contrat d'assurance visant à satisfaire au mieux les intérêts des entreprises de la branche professionnelle.

L'organisme sélectionné par la Branche à la suite d'un appel d'offres, sera recommandé par avenant séparé.

F.D.
gr
DD
LP
795

ARTICLE 4 : GARANTIES

Les garanties suivantes ne bénéficient qu'aux salariés justifiant de six mois d'ancienneté dans l'entreprise :

- optique
- dentaire à l'exclusion des soins
- chambre particulière
- forfait maternité
- appareillages

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1 et L.242-1, alinéas 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83, 1° quater et 1001, 2° du Code général des impôts, et des décrets pris en application de ces dispositions.

Les garanties mises en œuvre par le présent accord sont les suivantes :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés dans le tableau des garanties s'entendent en complément des prestations du régime de base de la Sécurité sociale et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION (1) En complément des prestations versées par la ss	
	Secteur Conventiionné	Secteur Non conventiionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
▪ Frais de séjour	100% de la BR	néant
▪ Actes de chirurgie (ADC)	100% de la BR	néant
▪ Actes d'anesthésie (ADA)		
▪ Autres honoraires		
▪ Chambre particulière (2) *	40 euros par jour **	néant
▪ Forfait hospitalier engagé *	Frais réels dans la limite du forfait réglementaire en vigueur	néant
▪ Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) *	30 euros par jour	néant
▪ Transport remboursé SS	Ticket Modérateur	néant
Actes médicaux		
▪ Généralistes (Consultations et visites)	50% de la BR	
▪ Spécialistes (Consultations et visites) y compris neuropsychiatres et cardiologues	100% de la BR	
▪ Actes de chirurgie (ADC)	80% de la BR	
▪ Actes techniques médicaux (ATM)		
▪ Actes d'obstétriques (ACO)		
▪ Actes d'imagerie médicale (ADI)	100% de la BR	
▪ Actes d'échographie (ADE) ou doppler et traitement électrique		
▪ Auxiliaires médicaux	Ticket Modérateur	
▪ Analyses	50% de la BR	
Pharmacie remboursée SS		
▪ Pharmacie (vignettes bleues, blanches et oranges)	Ticket Modérateur	
Dentaire		
▪ Soins dentaires (à l'exception des inlays simples, onlay)	30% de la BR	
▪ Inlay- onlay pris en charge par la SS	150% de la BR	
Prothèses dentaires	Plafond annuel de 500 euros les 24 premiers mois d'affiliation puis plafond annuel de 1000 € par bénéficiaire les années suivantes	
▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS*	200% de la BR	
▪ Prothèses dentaires non remboursées par la SS	Néant	
▪ Orthodontie remboursée par la SS	100% de la BR	
Prothèses non dentaires (acceptées SS)		
▪ Prothèses auditives	200% de la BR	
▪ Autres prothèses médicales (appareillage, orthopédie, accessoires)	70% de la BR	
Optique pour deux années civiles		
▪ Monture adulte	95 euros pour 2 années civiles	
▪ Monture enfant	75 euros pour 2 années civiles	

▪ Lentilles cornéennes remboursées par la SS	100 euros pour 2 années civiles
▪ Lentilles correctrices prescrites refusées et jetables	100 euros pour 2 années civiles
Verres adulte	
▪ Verres unifocaux simple (3)	45 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres « A » (3)	90 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres « B » (3)	105 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres multifocaux simple (3)	120 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres multifocaux complexe (3)	135 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
Verres enfant	
▪ Verres unifocaux simple (3)	45 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres « A » (3)	55 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres « B » (3)	65 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres multifocaux simple (3)	120 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
▪ Verres multifocaux complexe (3)	135 euros par verre limité à 2 verres pour 2 années civiles
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005	
▪ Prise en charge des deux actes de prévention suivants :	Ticket Modérateur
▪ - détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ;	
▪ - les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge.	

SS = Sécurité sociale, FR = Fais réels ; BR = Base de remboursement ; TM = Ticket modérateur ; PMSS = Plafond Mensuel Sécurité sociale ;

Verres Adulte

Verres « A » : LPP 2280660, 2282793, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896,

Verres « B » : LPP 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523,

Verres Unifocaux simple : LPP 2203240, 2287916, 2259966, 2226412,

Verres Multifocaux simple : LPP 2290396, 2291183, 2227038, 2299180,

Verres Multifocaux complexe : L P P 2245384, 2295198, 2202239, 2252042

Verres Enfant

Verres « A » : LPP 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320

Verres « B » : LPP 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800

Verres Unifocaux simple : LPP 2261874, 2242457, 2200393, 2270413

Verres Multifocaux simple : LPP 2259245, 2264045, 2240671, 2282221

Verres Multifocaux complexe : 2238792, 2202452, 2234239, 2259660,

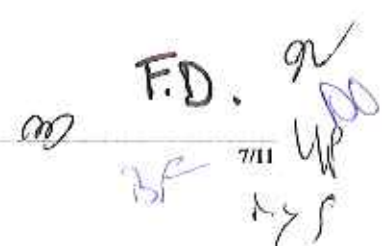
(1) Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité, et sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

(2) dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique.

(3) En cas de panachage des types de verres, la limites à 2 verres tous les deux années civiles s'applique.

*Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la Sécurité sociale

** maximum 30 jours en psychiatrie et en rééducation de toute nature



 F.D.

GRILLE VERRES ADULTES (16 ans et +)

Code TIPS	Nouveau code LPP Adulte	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en euros
202A00.11	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	45€
202A00.12	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90€
202A00.13	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	90€
202A00.21	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	45€
202A00.22	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	105€
202A00.23	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	105€
202A00.24	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	105€
202A00.31	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120€
202A00.32	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	135€
202A00.41	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	120€
202A00.42	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	135€

GRILLE VERRES ENFANTS (- 16 ans)

Code TIPS	Nouveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en euros
202A00.11	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	45€
202A00.12	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	55€
202A00.13	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	55€
202A00.21	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	45€
202A00.22	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	65€
202A00.23	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	65€
202A00.24	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	65€
202A00.31	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120€
202A00.32	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	135€
202A00.41	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	120€
202A00.42	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	135€

Handwritten notes and signatures:
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]

ARTICLE 5 : COTISATIONS

Les cotisations finançant la couverture de remboursement de frais de santé sont les suivantes :

Régime général	
Destinataires	Taux de cotisation
Famille hors conjoint non à charge sécurité sociale	1.20 % PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale	1.03 % PMSS
Régime Alsace-Moselle	
Destinataires	Taux de Cotisation
Famille hors conjoint non à charge sécurité sociale	0.74% PMSS
Conjoint non à charge sécurité sociale	0.64 % PMSS

Cotisations portabilité 12 mois incluse

Taux garantis jusqu'au 31/12/2015

Ces taux de référence maximum sont garantis jusqu'au 31 décembre 2015.

Les cotisations sont réparties à hauteur de 50% pour l'Employeur et 50% pour le salarié et ceci dans le cadre de la mise en place d'un premier régime qui nécessite un retour sur expérience afin d'analyser l'équilibre du rapport entre les cotisations et les prestations.

ARTICLE 6 : PORTABILITE DE LA GARANTIE

En application des dispositions de la loi de sécurisation de l'emploi, il est mis en œuvre un dispositif de « portabilité », permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes « frais de santé » dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde).

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par la loi de sécurisation de l'emploi.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers dans la limite de neuf mois de couverture, limite portée à douze mois au 1^{er} juin 2014 en application de la loi sur la sécurisation de l'emploi.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

ARTICLE 7 : COMITE DE SUIVI

Il est créé un comité paritaire de suivi de l'accord composé d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires, représentatives tant des salariés que des employeurs de la branche. Le comité désignera en son sein un président et un vice-président, appartenant l'un aux représentants des salariés, l'autre aux représentants des employeurs.

F.D. 
BF 9/11 
7/5

Il se réunit autant que de besoin, et au moins une fois par an. A cette occasion, il étudie, notamment, l'évolution du présent régime.

Ce comité paritaire de suivi sera destinataire chaque année des comptes de résultats de l'ensemble des contrats souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé. En fonction des constats et au regard notamment du rapport ainsi transmis, le comité de suivi peut proposer aux parties à l'accord son éventuel aménagement.

Le comité de suivi sera également chargé d'instruire et d'arbitrer tout litige ou difficulté d'interprétation intervenant dans l'application du présent régime.

ARTICLE 8 : INFORMATION

Les parties rappellent que les entreprises sont tenues de remettre à leurs salariés un exemplaire de la notice d'information qui leur sera transmise par l'organisme assureur auprès duquel les garanties seront souscrites, laquelle définit, notamment, lesdites garanties, leur modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les hypothèses d'exclusions ou de limitations de garanties.

ARTICLE 9 : DATE D'EFFET – DUREE – DEPOT

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014.

Il pourra être révisé selon les règles prévues aux articles L.2222-5, L.2261-7 et L.2261-8 du Code du travail, et dénoncé selon les règles prévues aux articles L.2222-6, L.2261-9 à L.2261-13 du même Code. Les parties prévoient la possibilité de procéder à une dénonciation partielle du présent accord.

Le présent accord sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Les parties conviennent de solliciter l'extension du présent accord, afin de le rendre applicable à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

F.D.
UR
DO
10/11
DF ASJ

Fait à Paris, le 28 juin 2013

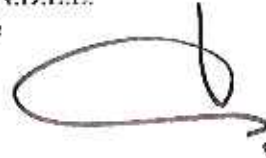
Pour la Partie patronale :

S.N.E.L.A.C.
Le



Daniel DREUX

S.N.D.L.L.
Le



Francis DAISSON

Pour les Organisations Syndicales :

Fédération des Services
C.F.D.T.

Le 28 Juin 2013

Antoine Dymally



CGT-F.O. SNEPAT-F.O.

Le 28/06/2013



Syndicat National C.F.T.C.

Le 28/06/2013

Brianne SECFRAD

C.F.E. - C.G.C. INOVA

Le 28/06/2013

Isabelle CALICIANO



Fédération commerces et services C.G.T

Le 28/06/2013

