

ACCORD COLLECTIF

RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UN REGIME PROFESSIONNEL DE FRAIS DE SANTE

DANS LA BRANCHE DES HOTELS, CAFES, RESTAURANTS

CHAPITRE Ier – OBJET ET MISE EN OEUVRE DU REGIME

Article 1^{er} - Objet du régime

Il est institué un régime professionnel collectif à adhésion obligatoire de remboursements complémentaires de frais de santé au profit des catégories de salariés définies à l'article 5 du présent accord qui relèvent de la branche des Hôtels, Cafés, Restaurants (HCR).

Ce régime a pour objet d'assurer aux bénéficiaires définis à l'article 5 des remboursements de frais de santé complémentaires à ceux de la Sécurité sociale ainsi que des actions de prévention. Il repose sur le principe de solidarité.

Il respecte les dispositions des articles 2 et 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, des articles 1^{er} et 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée et des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Article 2 – Assurance et gestion du régime

Le présent régime est mis en œuvre dans le cadre d'une coassurance conclue entre l'URRPIMMEC, l'IPGM et AUDIENS-Prévoyance, institutions de prévoyance régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et soumises aux dispositions du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier. Ces institutions de prévoyance sont agréées pour pratiquer, notamment, les opérations d'assurance relatives aux branches d'activité 1 (Accidents) et 2 (Maladie).

Les institutions de prévoyance mentionnées à l'alinéa précédent sont solidairement responsables des opérations relatives au présent régime.

La gestion est déléguée auprès d'un tiers indépendant des organismes assureurs désignés.

Les organisations représentatives signataires du présent accord prennent acte du fait que l'URRPIMMEC, l'IPGM et AUDIENS-Prévoyance sont convenus, sous réserve de la conclusion du présent accord de déléguer à la société GPS (Gestion Prestation Service), la gestion administrative du présent régime, des régimes complémentaires et supplémentaires définis à l'article 19 du présent accord en ce qui concerne le calcul et le versement des prestations ainsi que les affiliations individuelles. Les autres opérations de gestion sont directement assurées par les organismes assureurs désignés.

Les adhésions des entreprises auprès de l'IPGM (celle-ci bénéficiant du périmètre dévolu à la CIRCO conformément à l'annexe 4 du répertoire professionnel de 2002) et de l'URPIMMEC s'effectuent sur la base des compétences géographiques retenues en matière de retraite complémentaire prévues par annexe à l'accord du 30 juin 1998.

Par dérogation au principe de compétence géographique défini ci-dessus, les entreprises constituées en groupe pourront faire adhérer la totalité de leurs entreprises relevant de la convention collective nationale des HCR à un seul des organismes désignés ci-dessus en fonction du lieu du siège de l'entreprise dominante.

Par dérogation au principe de compétence géographique défini ci-dessus, les entreprises relevant de la convention collective nationale des HCR et appartenant à des groupes dont l'activité principale relève du spectacle, devront adhérer à AUDIENS Prévoyance pour assurer la couverture définie au présent accord.

Les organisations signataires du présent accord concluront avec les organismes assureurs désignés, avant le 1^{er} janvier 2011, une convention relative à la mise en œuvre du présent accord à laquelle sont annexées les conditions générales du contrat collectif d'assurance afférent au présent régime.

CHAPITRE II – ADHESION DES ENTREPRISES ET AFFILIATION DES ASSURES

Article 3 – Champ d'application de l'accord

Le présent avenant concerne l'ensemble des salariés et les salariés embauchés sous contrat de formation en alternance des entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants en date du 30 avril 1997.

Les entreprises visées par le champ d'application sont généralement répertoriées aux codes NAF suivants : 55.10Zp, 56.10A, 56.10 B, 56.30Zp, 56.21Z, 93.11Z (bowlings)

Sont exclus les établissements de chaînes relevant principalement du code NAF 56.10B et dont l'activité principale consiste à préparer, à vendre à tous types de clientèle, des aliments et boissons variés présentés en libre service, que le client dispose sur un plateau et paye avant consommation, étant précisé qu'une chaîne est au minimum composée de trois établissements ayant une enseigne commerciale identique.

Article 3 bis – Extension du champ d'application

Les partenaires sociaux conviennent d'inclure les discothèques dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale de 1997 ainsi que du présent accord.

Les entreprises relevant du code NAF 56.30Z ou 93.29Zp sont donc également visées.

Article 4 – Adhésion des entreprises au régime de frais de santé conventionnel

Article 4.1 – Principe d'adhésion obligatoire des entreprises

Sous réserve des dispositions prévues par les articles ci-dessous, les entreprises relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des Hôtels Cafés Restaurants sont tenues d'adhérer au régime de frais de santé défini dans le cadre du présent accord et d'affilier la totalité de leurs salariés à compter du 1^{er} janvier 2011 ou au plus tard, le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension.

Article 4.2 – Entreprises disposant d'un régime de frais de santé avant le 1^{er} juillet 2010

Par exception aux dispositions de l'article 4.1, les entreprises ayant instauré un régime de frais de santé obligatoire avant le 1^{er} juillet 2010, et assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans le présent accord (hormis les actes et actions collectives de prévention), ont la possibilité de ne pas adhérer au régime conventionnel de branche aussi longtemps que cette dernière condition est remplie.

Les entreprises ayant mis en place un régime de frais de santé avant le 1^{er} juillet 2010, mais dont les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal, devront soit adapter leurs garanties dans un délai de 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord (et dans ce cas, elles ne seront pas tenues d'adhérer au régime conventionnel), soit adhérer au régime conventionnel de branche. Par exception, la mutualisation de la portabilité des garanties de frais de santé du régime d'entreprise devra être mise en œuvre dans un délai de douze mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord collectif de branche.

En cas de changement d'organisme assureur postérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord, non justifié par une amélioration du régime d'entreprise (amélioration des prestations et/ou baisse des cotisations), les entreprises visées par le présent article seront tenues d'adhérer au régime conventionnel de branche.

Les filiales créées après le 30 juin 2010 par une entreprise bénéficiant de la dérogation prévue aux 1^{er} et 2^{ème} alinéas du présent article ainsi que les entreprises entrant dans le périmètre du groupe auquel appartient une entreprise bénéficiant de cette dérogation, à la suite notamment d'une acquisition, d'une fusion ou d'un transfert d'activité, pourront ne pas adhérer au régime conventionnel de branche, si elles adhèrent au régime de l'entreprise bénéficiant de la dérogation.

Article 4.3 – Entreprises ayant instauré un régime de frais de santé entre le 1^{er} juillet 2010 et l'entrée en vigueur de l'accord de branche

Les entreprises ayant instauré un régime de frais de santé entre le 1^{er} juillet 2010 et l'entrée en vigueur du présent accord, sont tenues d'adhérer au régime de frais de santé conventionnel à compter du 1^{er} janvier suivant l'entrée en vigueur de l'accord de branche.

Article 4.4 – Entreprises proposant un régime de frais de santé facultatif

Les entreprises, qui ont mis en place au profit de leurs salariés un régime de frais de santé facultatif antérieurement au 31 décembre 2010, disposent d'un délai maximum de douze mois à compter du 1^{er} janvier 2011 pour résilier leur contrat d'assurance et adhérer au régime conventionnel de branche.

Article 5 – Salariés bénéficiaires du régime

Sous réserve des dispositions des alinéas ci-dessous, l'ensemble des salariés, cadres et non cadres, liés par un contrat de travail quelle que soit sa forme (notamment les apprentis, le personnel administratif et les salariés embauchés sous contrat de formation en alternance) aux entreprises relevant du champ d'application défini aux articles 3 et 3 bis du présent accord et ayant au moins un mois civil entier d'emploi dans une même entreprise, sont obligatoirement affiliés par leur employeur au régime conventionnel obligatoire de frais de santé.

Les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), peuvent bénéficier d'une dispense temporaire d'affiliation au contrat d'assurance collectif mettant en œuvre le régime conventionnel, jusqu'à l'échéance de leurs droits.

Les salariés à temps très partiel qui devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération peuvent, à leur demande, bénéficier d'une dispense d'affiliation au contrat d'assurance collectif mettant en œuvre le régime conventionnel.

Les salariés qui ont souscrit avant la date d'entrée en vigueur du présent accord, un contrat individuel de frais de santé sont dans l'obligation de rejoindre le régime conventionnel de branche. Ils disposent d'un délai maximum de 12 mois, à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, pour résilier leur contrat individuel d'assurance frais de santé, et adhérer au régime conventionnel de branche au plus tard un an après ladite date d'application de l'accord. Les justificatifs d'adhésion des salariés à un contrat individuel d'assurance frais de santé devront être conservés par l'entreprise aux fins de contrôle par l'organisme de recouvrement (document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de la date d'échéance du contrat).

Les salariés embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord ne peuvent bénéficier de cette dispense temporaire d'affiliation.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée par l'organisme assureur à l'employeur, sera obligatoirement remise par ce dernier à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du présent régime.

CHAPITRE III – GARANTIES DU REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE

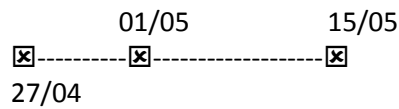
Article 6 - Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet lorsque le salarié a atteint l'ancienneté requise pour bénéficier du régime, soit au terme d'un mois civil entier d'emploi dans une même entreprise relevant du champ d'application du présent accord. Il bénéficie alors des garanties du régime conventionnel obligatoire, de façon rétroactive, à compter de la date de son embauche, à l'exception des garanties optiques et dentaires.

Le salarié ne peut bénéficier des garanties optiques et dentaires, qu'à compter du 1er jour du mois civil suivant le premier appel de cotisations le concernant, soit à compter du 1er jour du mois qui suit le 1er mois civil entier d'emploi dans l'entreprise.

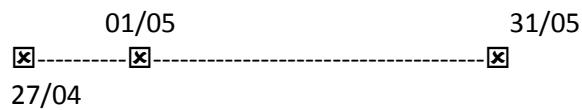
Exemples de situations des salariés au regard du régime conventionnel obligatoire :

a) cas d'un salarié embauché le 27/04 et quittant l'entreprise le 15/05



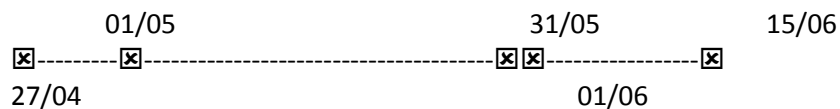
- Aucune cotisation n'est appelée, le salarié ne bénéficie pas des garanties du régime obligatoire.

b) cas d'un salarié embauché le 27/04 et quittant l'entreprise le 31/05



- La première cotisation au régime est appelée le 31 mai. Le salarié bénéficie à cette date du régime obligatoire, de façon rétroactive, pour les soins ou frais engagés à compter de sa date d'embauche (dans ce cas le 27/04) jusqu'au terme de son contrat de travail (dans ce cas le 31/05), à l'exception des prestations optique et dentaire.

c) cas d'un salarié embauché le 27/04 et quittant l'entreprise le 15/06



- La première cotisation au régime est appelée le 31 mai, le salarié bénéficie à cette date du régime obligatoire, de façon rétroactive, pour les soins engagés à compter de sa date d'embauche (dans ce cas le 27/04), à l'exception des prestations optique et dentaire. A partir du 1^{er} juin, le salarié bénéficie de la garantie complète c'est-à-dire y compris des prestations optique et dentaire, pour l'avenir (pas de rétroactivité pour les soins ou frais engagés avant le 1^{er} jour suivant l'appel de cotisation pour les prestations optique et dentaire), jusqu'à la date de rupture de son contrat de travail (dans ce cas, le 15 juin).

Article 7 - Périodes de suspension du contrat de travail

Sauf lorsque ces périodes donnent lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation de la Sécurité sociale, les garanties du salarié sont suspendues lorsque son contrat de travail est suspendu, notamment à l'occasion :

- d'un congé sabbatique visé à l'article L 3142-91 du code du travail ;
- d'un congé pour création d'entreprise visé à l'article L3142-78 du code du travail ;
- d'un congé parental d'éducation visé à l'article L1225-47 du code du travail ;
- ou en cas de tout congé sans solde légal du salarié visé par le code du travail.

La suspension intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due au titre de l'intéressé, sauf à adhérer à titre individuel auprès du gestionnaire.

Article 8 – Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque salarié :

- en cas de rupture du contrat de travail du salarié avec l'entreprise relevant du présent accord notamment en cas de départ à la retraite (sauf cumul emploi-retraite), de démission, de licenciement ou de rupture conventionnelle, sous réserve de l'exercice par le salarié de la portabilité de ses garanties frais de santé en cas de chômage et du maintien à titre individuel de ses garanties dans les conditions énoncées respectivement aux articles 9 et 10 suivants ;
- en cas de décès du salarié,
- en cas de dénonciation du présent accord collectif dans les conditions énoncées aux dispositions des articles L. 2261-9 et suivants du Code du travail et à l'issue de la période de survie de l'accord.

La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord, sous réserve des dispositions suivantes relatives à la portabilité des garanties ainsi qu'au maintien à titre individuel des garanties.

Article 9 - Portabilité des garanties du régime conventionnel obligatoire de frais de santé au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008

Article 9.1 Objet

Les garanties du régime conventionnel obligatoire peuvent être maintenues au profit des salariés des entreprises dont le contrat de travail est rompu ou prend fin (CDD notamment) et qui sont en situation de bénéficier des dispositions de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 et ses avenants.

Il appartient à l'employeur d'en informer le salarié.

Article 9.2 Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le présent régime garantissant la couverture du salarié jusqu'au terme du mois civil au cours duquel son contrat de travail est rompu ou prend fin, le maintien des garanties au titre de la portabilité prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

Le maintien des garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, appréciée en mois entiers, dans la limite de 9 mois.

Le maintien des garanties cesse :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de portabilité reprend une activité professionnelle ;
- dès qu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article 14 de l'ANI ;
- à la date de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

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

Article 9-3 Portabilité des droits des salariés saisonniers

Les salariés saisonniers ayant droit au régime frais de santé bénéficient du dispositif décrit dans l'article 9.

Les modalités de la portabilité des garanties du régime seront revues par exception pour les saisonniers par les partenaires sociaux au terme de la première année entière du régime dans l'objectif d'une amélioration de la durée de ladite portabilité dans le respect de l'équilibre économique du régime.

Article 9.4 Financement de la portabilité

La portabilité des garanties frais de santé après la cessation du contrat de travail, telle qu'issue de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, fait l'objet d'une mutualisation dans le cadre du présent régime.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale) définies au chapitre IV du régime de remboursement complémentaire de frais de santé.

Une évaluation du coût de la mutualisation du dispositif de portabilité sera présentée chaque année aux partenaires sociaux de la branche.

Article 9.5 Changement d'organisme assureur

En cas de changement du ou des organismes assureurs désignés pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Article 9.6 Révision du dispositif de portabilité du régime

La mutualisation de la portabilité organisée par le présent accord est conçue comme provisoire et expérimentale.

Un bilan des coûts sera effectué au bout de 3 années de fonctionnement du régime. En fonction de ce bilan, les signataires pourront, le cas échéant, remettre en cause cette mutualisation.

Article 10 -Maintenance des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Tout salarié cesse d'être couvert au titre du régime conventionnel obligatoire lorsqu'il n'appartient plus au personnel des entreprises entrant dans son champ d'application et qu'il ne bénéficie plus du dispositif prévu à l'article 9.

Cependant, peuvent continuer à bénéficier des garanties frais de santé à titre individuel dans les conditions et modalités définies par le contrat ou le règlement conforme aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, que leur propose l'organisme assureur désigné pour assurer le régime conventionnel obligatoire, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation de chômage,
- d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- ou d'une pension de retraite,

sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant six mois, le point de départ de ce délai de six mois est reporté à l'expiration des droits à portabilité.

L'adhésion prend alors effet sans délai de carence ni questionnaire médical, au lendemain de la réception de la demande dûment remplie.

Article 11 – Position des partenaires sociaux sur un régime retraités et sorties de branche

Les partenaires sociaux souhaitent doter, d'ici trois ans, la branche d'un régime frais de santé complémentaire dédié aux situations de sorties de branche et notamment aux retraités, ce régime devant être assuré et géré selon les modalités prévues à l'article 2 du présent accord.

La mutualisation de ce régime, au sein du régime des actifs, est d'ores et déjà exclue.

En tout état de cause, sans attendre la création de ce régime, les partenaires sociaux s'engagent à négocier annuellement avec les assureurs désignés des conditions financières plus favorables que celles définies par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Article 12 – Nature et montant des prestations du régime conventionnel obligatoire

Sont couverts les actes et frais de santé relevant des postes énumérés au tableau ci-après. Ils sont garantis en fonction des montants et plafonds indiqués, qui sont exprimés, sauf mention contraire, en complément des prestations en nature des Assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et dans la limite du reste à charge (hors pénalités, franchises et contributions).

Les actes et frais non pris en charge par le régime de base de la Sécurité sociale ne sont pas couverts, sauf indication contraire figurant au tableau des prestations ci-dessous.

Les prestations sont limitées aux frais réels restant à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales, y compris lorsqu'elles sont exprimées sous forme de forfait ou de pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les garanties répondent aux exigences prévues par l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application, notamment :

- les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant,
- la prise en charge de deux des prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale,
- la non prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés et de la majoration de participation du patient en cas de non respect du parcours de soins,
- la non prise en charge de la participation forfaitaire et des franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, dont les montants sont fixés par décret.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Nature des garanties	Limite de remboursements
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE	
Frais et Honoraires chirurgicaux	110 % BRSS
Frais de séjour	110 % BRSS
Forfait hospitalier	100 % frais réels sous déduction des prestations SS
Chambre particulière	25 € par jour
Lit accompagnant	15 € par jour
MEDECINE COURANTE	
Consultation ou Visite	30 % BRSS
Acte de spécialité des médecins	30 % BRSS
Le montant remboursé ne peut être inférieur à 30 % de la base de remboursement SS, ramené à 10% pour le régime d'Alsace-Moselle	
Analyses médicales	40 % BRSS
Radiologie	30 % BRSS
Auxiliaires médicaux	40% BRSS
Prothèses autres que dentaires	65% BRSS
Accessoires	100 % BRSS
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie	20 € par consultation, dans la limite de 80 € par an

Pharmacie	
Frais pharmaceutiques	100 % du ticket modérateur de la SS
Frais dentaires	
Soins dentaires	30 % BRSS
Inlays, Onlays, remboursés ou non par la SS	200 % BRSS
Orthodontie acceptée par la SS	166 % BRSS
Orthodontie refusée par la SS	100 % BRSS
Prothèses prises en charge par la SS	200 % BRSS
Prothèses non prises en charge par la SS (à l'exclusion des implants)	200 % BRSS
Frais d'optique	
Verres	3.5 % PMSS (par verre) + selon la grille (par verre) : UNIFOCAUX <ul style="list-style-type: none"> - moins de 4 : + 1,75 % PMSS - de 4,25 à 6 : + 2.65 % PMSS - de 6.25 à 8 : + 3.5% PMSS - au-delà de 8,25 : + 5,25 PMSS MULTIFOCAUX <ul style="list-style-type: none"> - moins de 4 : + 4,40 % PMSS - de 4,25 à 6 : + 5,60 % PMSS - de 6.25 à 8 : + 5,95% PMSS - au-delà de 8,25 : + 6.30% PMSS
Monture	100 € tous les deux ans, par bénéficiaire
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	126€ par an par bénéficiaire
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	126€ par an par bénéficiaire
CURE THERMALE ACCEPTEES PAR LA SS	
Y compris transport et hébergement	100 % du ticket modérateur
MATERNITE	
Participation aux frais de maternité	8% PMSS
Chambre particulière	1,5 % PMSS par jour, limité à 8 jours
AUTRES REMBOURSEMENTS	
Transport accepté	35 % BRSS
Pilule et patch contraceptif non remboursés	1% PMSS par an par bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION	
Actes de prévention répondant aux exigences des contrats responsables	La totalité des prestations de prévention listées à l'arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale, sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur.
Actions collectives de prévention Tabac, Alcool, Drogues	Définies à l'article 17 du présent accord

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

Pour les salariés relevant du régime Local d'assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale - comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire - qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

Article 13 - Versement des prestations

Le gestionnaire procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers-payant.

Article 14 – Territorialité des garanties

Les garanties du régime conventionnel obligatoire de frais de santé bénéficient aux salariés exerçant leur activité sur le territoire français, y compris les départements d'outre-mer, dans les conditions précisées au contrat collectif d'assurance mettant en œuvre le régime conventionnel obligatoire.

Elles bénéficient également à tout salarié défini à l'article 5 :

- en séjour à l'étranger pendant une durée de moins de trois mois, à l'exception des pays formellement déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères,
- détaché au sens de la législation du Code du travail.

Chapitre IV – COTISATIONS

Article 15 – Montant de la cotisation et répartition

La cotisation au régime conventionnel obligatoire est exprimée sous forme de forfait mensuel non proratisable pour chaque salarié bénéficiaire du régime et fixée aux montants suivants, exprimés en euros :

	Montant mensuel de la cotisation
Salarié relevant du Régime général de la Sécurité Sociale	32,00 €
Salarié relevant du Régime local d'Alsace Moselle	22,90 €

Les montants sont fixés à compter de l'entrée en vigueur du régime pour une durée de 3 années à prélèvements obligatoires et législation inchangés, notamment celle relative à la Sécurité Sociale.

La cotisation est répartie à raison de 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

Pour les salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche, la cotisation est proratisée entre les différents employeurs, sous réserve de justifier de leur pluriactivité au sein de la branche auprès de l'assureur du régime et de leurs employeurs. Le salarié à employeurs multiples de la branche a l'obligation, en cas de rupture d'un de ses contrats de travail, d'informer le ou les autres employeurs qui devront alors modifier la part de cotisation qu'ils acquittent de façon à ce que la totalité des cotisations soit toujours perçue par le régime.

Pour les salariés à temps partiel, la totalité de la cotisation est due, hors cas de dispense d'affiliation bénéficiant aux salariés à temps très partiel qui, s'ils étaient affiliés au régime conventionnel obligatoire, devraient acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.

Article 16 – Echéance et paiement des cotisations

La cotisation au régime conventionnel obligatoire est due, pour chaque salarié bénéficiaire tel que défini à l'article 5, au terme du 1^{er} mois civil entier d'emploi dans l'entreprise, à terme échu.

Ainsi, lorsqu'un salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant. Lorsque le contrat de travail d'un salarié auprès d'une entreprise relevant du régime cesse au cours d'un mois, la cotisation due au titre de ce salarié est versée pour le mois entier.

En cas de rupture du contrat de travail (notamment licenciement, rupture conventionnelle ou rupture de la période d'essai, échéance CDD) au cours d'un mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due, à terme échu.

CHAPITRE V – PREVENTION ET ACTION SOCIALE

Article 17 – Prévention

Le régime conventionnel obligatoire garantit une prestation de prévention collective accessible à tous les salariés de la branche, via un site internet, qui permet à ces derniers d'interroger un thérapeute sur leur situation particulière au regard des dépendances liées au tabac, à l'alcool ou aux drogues.

Une action d'information sur ces dépendances est par ailleurs mise en œuvre par le régime.

Est notamment garanti, au titre des prestations de prévention, un forfait de sevrage tabagique de 80 € par bénéficiaire et par an permettant un remboursement partiel des patches inscrits sur la liste de la Sécurité Sociale.

Article 18 – Action sociale

Il est instauré, au sein du présent régime, un fonds d'actions sociales financé selon un mécanisme prévu dans la convention mettant en œuvre le régime complémentaire obligatoire signée avec les organismes assureurs désignés.

Ce fonds social destiné à permettre l'attribution de secours et aides financières exceptionnelles, sous conditions de ressources, au profit des bénéficiaires du régime en grande

difficulté, est géré par la commission paritaire de pilotage du régime, qui en détermine les allocations.

Il vise également à favoriser la prévention et l'éducation à la santé, et plus généralement à favoriser le bien-être physique et moral des bénéficiaires du régime.

CHAPITRE VI – REGIMES COLLECTIFS OU INDIVIDUELS COMPLEMENTAIRES ET SUPPLEMENTAIRES

Article 19 – Régimes collectifs ou individuels complémentaires et supplémentaires

Les organismes assureurs désignés proposent l'adhésion à des contrats collectifs ou individuels d'assurance mettant en œuvre des régimes de frais de santé supplémentaires au régime conventionnel obligatoire, moyennant une tarification spécifique, et dont les prestations répondent aux exigences posées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale.

Ces régimes prévoient des garanties supplémentaires de frais de santé au profit du salarié bénéficiaire du régime obligatoire (sous forme de deux options supplémentaires au régime conventionnel obligatoire), ainsi que des garanties complémentaires au profit du conjoint du salarié bénéficiaire du régime, à défaut, de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité « PACS », ou de son concubin, ainsi qu'aux enfants à leur charge.

Les comptes de ces régimes optionnels sont distincts du régime conventionnel obligatoire de la branche.

Dans le cadre du périmètre du présent accord, les organismes assureurs désignés s'engagent à fournir à la Commission Paritaire de Pilotage dans le cadre de l'exercice de son droit de regard, les éléments nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des régimes complémentaires et supplémentaires, à savoir notamment les chiffres d'affaires et résultats techniques sinistres à primes de l'ensemble des régimes standards et sur mesure, mis en place en complément du régime conventionnel existant.

CHAPITRE VII - CONTROLE ET SUIVI DU REGIME

Article 20 – Création et composition de la Commission Paritaire de Pilotage du régime

Il est créé une Commission Paritaire de Pilotage du régime professionnel de frais de santé dans la branche des hôtels, cafés et restaurants.

Cette Commission Paritaire de Pilotage est composée d'un nombre égal de représentants d'organisations syndicales de salariés et d'organisations professionnelles d'employeurs.

A la date de signature du présent accord, la Commission Paritaire de Pilotage est composée de 15 membres par collège, à raison de deux titulaires et d'un suppléant par organisation syndicale de salariés et de deux titulaires et d'un suppléant par organisation professionnelle d'employeurs.

En cas d'évolution de la représentativité, la Commission Mixte Paritaire se réunira dans les trois mois afin d'adapter la composition de la Commission Paritaire de Pilotage à ce nouveau contexte, la parité en nombre entre les 2 collèges devant rester une obligation.

Les partenaires sociaux conviennent que des auditeurs, préalablement désignés dans la limite de 3 par leur organisation, pourront, sans voix délibérative, assister aux réunions de la Commission Paritaire de Pilotage aux fins d'une parfaite information desdites organisations.

La Commission Paritaire de Pilotage mettra en place un Bureau composé d'un membre par organisation syndicale de salariés et par organisation professionnelle d'employeurs représentatives dans la branche.

Article 21 – Missions de la Commission Paritaire de Pilotage

La Commission Paritaire de Pilotage a pour objet de contrôler et de piloter, par délégation de la Commission Paritaire Nationale, le régime professionnel de frais de santé dans la branche des hôtels, cafés et restaurants.

Cette Commission a notamment pour missions :

- d'étudier les comptes détaillés du régime fournis et présentés par les organismes assureurs et le gestionnaire,
- de contrôler l'application du régime de frais de santé, de décider et gérer l'action sociale du régime et de délibérer sur les interprétations et litiges survenant dans l'application du régime,
- d'émettre des propositions d'ajustement du régime et d'organiser les évolutions du régime,
- de gérer la promotion du régime,
- et dans la mesure de ses moyens, d'abonder le fonds d'action sociale.

La Commission paritaire nationale et la Commission paritaire de pilotage peuvent se faire assister d'experts.

Tous les cinq ans, la Commission paritaire nationale se réunit afin d'examiner, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les modalités d'organisation de la mutualisation des risques.

CHAPITRE VIII – AUTRES DISPOSITIONS

Article 22 - Durée et date d'entrée en vigueur

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le premier jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1^{er} janvier 2011.

ARTICLE 23 - Révision et modification

Le présent accord ne peut être dénoncé ou modifié qu'à condition d'observer les règles définies aux articles 3 et 4 de la Convention Collective Nationale des Hôtels, Cafés et Restaurants du 30 avril 1997.

En cas de dénonciation, l'accord continuera à produire ses effets jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord qui lui sera substitué ou, à défaut, pendant une durée d'un an à compter de l'expiration du délai de préavis conformément à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Article 24 - Dépôt et publicité

Le présent accord est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires.

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6 ; L 2261-1 et D 2231-2 du code du travail, par la partie la plus diligente.

Article 25 – Extension

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 6 octobre 2010

Organisations patronales :

CPIH

FAGIHT

GNC

SYNHORCAT

UMIH

Organisations syndicales de salariés :

FGTA/FO

Fédération des personnes du commerce, de la distribution et des services / CGT

INOVA/CFE-CGC

Fédération des services / CFDT

Fédération CFTC/ CSFV