

**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES
COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES ET
OPERATEURS DE VENTES VOLONTAIRES
ACCORD PORTANT SUR L'INSTAURATION D'UN REGIME DE
REMBOURSEMENT COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE**

PREAMBULE

Dans le cadre de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche «des Commissaires-Priseurs Judiciaires et Opérateurs de ventes volontaires» ont souhaité mettre en place par accord collectif, un régime frais de santé au niveau national à compter du 1er janvier 2016.

Article 1 : Objet

Le présent accord a pour objet d'instituer un régime collectif de frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la Sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant un organisme assureur, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale, tout en privilégiant la voie de l'accord d'entreprise lorsque cela est possible.

Par ailleurs, lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans l'entreprise antérieurement au 1er janvier 2016, les stipulations de cette dernière devront être adaptées en conséquence conformément aux dispositions de l'article L.2253-2 du code du travail et dans le respect des dispositions de l'alinéa 1er de l'article L.2253-3 du code du travail.

Les entreprises ayant mis en place, antérieurement au 1^{er} janvier 2016, un régime de frais de santé conforme à celui prévu par le présent accord restent libres de le conserver auprès de leur organisme assureur et ce même s'il ne s'agit pas de l'organisme assureur recommandé par les partenaires sociaux de la branche.

Article 2 : Champ d'application

Le présent accord s'applique aux offices de Commissaires-Priseurs Judiciaires et aux Opérateurs de ventes volontaires.

Article 3 : Bénéficiaires

3.1. Salarié

Le régime de complémentaire santé revêt un caractère collectif et obligatoire et bénéficie à l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté.

AOZ

1

RB

UB

JW

3.2. Dispense d'affiliation des salariés au régime « frais de santé »

Conformément à l'article R242-1-6 du code de la Sécurité sociale peuvent être dispensés d'adhésion au régime sans remettre en cause le caractère obligatoire de celui-ci :

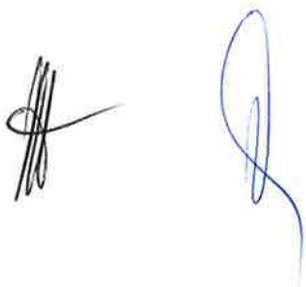
- les salariés à durée déterminée et les apprentis avec l'obligation pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense, doit être justifiée par tout document utile, et joue jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure, 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 ;
- A condition de le justifier chaque année, les 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 caractère collectif et obligatoire (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).

En aucun cas, une dispense d'adhésion ne peut être imposée par l'employeur.

Les salariés concernés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au présent régime et produire tout justificatif requis, après information, par l'employeur, des conséquences de ce choix.

Cette demande de dispense devra être formulée dans les 15 jours suivant la mise en place du régime institué par le présent accord. A défaut, ils seront affiliés d'office au régime.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations ci-dessus et doivent en informer immédiatement l'employeur.



JUN
2 AB
AOZ
UB

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1er et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1er janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter par écrit, auprès de leur employeur, leur adhésion au régime frais de santé. Cette adhésion prendra alors effet le 1er jour du mois suivant la demande, et sera alors irrévocable.

3.3. Les Ayants-droit bénéficiaires des prestations du régime « frais de santé »

- A.** Outre le salarié, bénéficient obligatoirement du régime ses ayants droits définis ci-dessous :
- le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin du salarié, bénéficiaire des prestations du régime de la Sécurité sociale sous le numéro du salarié en tant qu'ayant droit,
 - les enfants du participant, et/ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS :
 - à charge au sens de l'article L313-3 du code de la Sécurité ;
 - jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^{ème} anniversaire, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de professionnalisation, ou d'insertion ;
 - sans limite d'âge pour les handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé.
- B.** Par ailleurs, le salarié qui le souhaite pourra demander la couverture de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin non à charge au sens de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le conjoint non couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié et qui bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.
La cotisation facultative Frais de santé du conjoint non à charge est à la charge exclusive du salarié.

Article 4 : Cas de suspension ou de rupture du contrat de travail

4.1. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour les salariés se trouvant dans cette situation à la date d'entrée en vigueur du présent régime et ce dans les conditions suivantes :

- Lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit, soit à maintien (total ou partiel) de salaire par l'employeur, soit à indemnités journalières complémentaires (résultant du régime de prévoyance), le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties, sous réserve du paiement de sa quote-part de cotisations, la quote-part de l'employeur étant également maintenue.
- Lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non professionnelle ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties pendant un an. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due et est précomptée sur sa pension d'invalidité, la quote-part de l'employeur étant exonérée.
- Dans les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou à indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension de

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature in the center, and initials 'AOC', 'JW', 'FB', and 'VB' on the right.

l'obligation de cotiser, donc de l'accès aux prestations.

Toutefois, le salarié peut continuer à bénéficier du régime, sous réserve du versement des cotisations. A cet effet, il peut demander à l'organisme assureur recommandé le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, la cotisation totale étant alors à sa charge exclusive.

4.2. Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale

Conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient, du maintien des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
2. Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
4. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
5. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants-droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'entreprise doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l'ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l'organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lequel les prestations sont dues.

En outre, l'ancien salarié doit l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle il ne bénéficie plus, définitivement et totalement des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).

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

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation intégrée aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale) permettant aux anciens salariés de bénéficier de ce dispositif sans paiement de cotisations.

4.3. Maintien des garanties des ayants droits d'un salarié décédé

Les ayants droit d'un salarié décédé y compris le cas échéant le conjoint non à charge au sens de la Sécurité Sociale, bénéficiant des garanties du régime au jour du décès, se voient maintenir gratuitement le bénéfice des garanties du présent régime pendant une durée d'un an à compter du jour du décès. Au-delà de cette durée, ils pourront bénéficier du maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 exposé ci-dessous.



4
AOC JW LB VS

4.4. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les garanties « frais de santé » peuvent être maintenues dans le cadre d'un contrat individuel sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

1. anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale exposé ci-dessus.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture individuelle à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale.

2. Ayants droit d'un salarié décédé bénéficiaires des garanties du présent régime au jour du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur informe l'organisme assureur qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes au plus tard dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5 : Garanties

5.1 Définition des garanties

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.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladie professionnelle » et « maternité », ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties figurant en annexe 1.

Les prestations sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du bénéficiaire après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

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.

5.2 Garanties minimales

Les garanties dites « régime de base », du présent accord constituent les garanties minimales obligatoires devant bénéficier à l'ensemble du personnel salarié de la branche et à leurs ayants droits.



5
AB
UB
AZ

REGIME DE BASE

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Les forfaits exprimés en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Descriptif des garanties	Prestations
. HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	
. Frais de séjour	<i>Etablissements conventionnés et non conventionnés :</i> 100 % de la BR
. Honoraires (Signataires du CAS) en secteur conventionné	150 % de la BR
. Honoraires (Non Signataires du CAS) en secteur conventionné	130 % de la BR
. Honoraires en secteur non conventionné	100 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	30 euros par jour
. Forfait Hospitalier	Frais Réels
. Lit d'Accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	30 euros par jour
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais Réels
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)	
. Consultation, visite d'un généraliste - Signataires CAS	100% de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste - Non signataires CAS	100 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste - Signataires CAS	120 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste – Non signataires CAS	100 % de la BR
. Analyses biologiques	100 % de la BR
. Auxiliaires médicaux	100 % de la BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires CAS	120 % de la BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires CAS	100 % de la BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Signataires CAS	100 % de la BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Non Signataires CAS	100 % de la BR
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais réels
. PHARMACIE	
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. TRANSPORT	
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR
. DENTAIRE	
. Soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % de la BR
. Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges. - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	125 % de la BR

Handwritten initials and signatures: ABZ, JLV, AB, and a large blue checkmark.

Descriptif des garanties	Prestations
. Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges) - Prothèses dentaires provisoires, - Réparations (à l'exception des réparations à caractère esthétique)	134,40 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
. Orthodontie remboursée par la SS	125 % de la BR
. OPTIQUE	
EQUIPEMENT OPTIQUE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) avec un maximum de 150 € pour la monture	
. Monture enfants (de moins de 18 ans)	80 euros
. Monture adultes (de 18 ans et plus)	100 euros
. Verre simple (2)	50 euros par verre
. Verre complexe ou très complexe (2)	60 euros par verre
. Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	100 % de la BR + 100 euros
. Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	100 euros
. APPAREILLAGE	
. Orthopédie et autres prothèses	100 % de la BR
. Prothèses auditives	150 % de la BR
. CURES THERMALES	
. Cures thermales acceptées par la SS	100 % de la BR
. MEDECINE ALTERNATIVE	
. Ostéopathie	15 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
. Contraception (sur présentation d'une prescription médicale)	15 euros par an et par bénéficiaire

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.
 Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.
 Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année

5.3 Garanties supplémentaires

L'organisme recommandé peut proposer aux salariés relevant du présent accord des garanties optionnelles facultatives complémentaires à celles du régime de base.

Ces garanties seront financées individuellement par chaque salarié pour lui-même et ses ayants-droit.

7 JUV
 AB
 AUC UB

REGIME OPTIONNEL

Les remboursements s'entendent dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations exprimées en pourcentage de la BR s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Les forfaits exprimés en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Descriptif des garanties	Prestations	
	OPTION 1	OPTION 2
. HOSPITALISATION y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)		
Hospitalisation médicale et chirurgicale :	<i>Etablissements conventionnés et non conventionnés :</i>	<i>Etablissements conventionnés et non conventionnés :</i>
. Frais de séjour	200 % de la BR	250 % de la BR
. Honoraires (Signataires du CAS) en secteur conventionné	200 % de la BR	250 % de la BR
. Honoraires (Non Signataires du CAS) en secteur conventionné	180 % de la BR	200 % de la BR
. Honoraires en secteur non conventionné	180 % de la BR	200 % de la BR
. Chambre Particulière (y compris en maternité)	60 euros par jour	80 euros par jour
. Forfait Hospitalier	Frais Réels	Frais Réels
. Lit d'Accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	45 euros par jour	60 euros par jour
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais Réels	Frais Réels
. PRATIQUE MEDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné⁽¹⁾)		
. Consultation, visite d'un généraliste – Signataires CAS	120% de la BR	150% de la BR
. Consultation, visite d'un généraliste – Non signataires CAS	100 % de la BR	130 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste – Signataires CAS	200 % de la BR	250 % de la BR
. Consultation, visite d'un spécialiste – Non signataires CAS	180 % de la BR	200 % de la BR
. Analyses biologiques	120 % de la BR	150 % de la BR
. Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	100 % de la BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité – Signataires CAS	120 % de la BR	150 % de la BR
. Petite chirurgie et actes de spécialité – Non signataires CAS	100 % de la BR	130 % de la BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Signataires CAS	120 % de la BR	150 % de la BR
. Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie- Non Signataires CAS	100 % de la BR	130 % de la BR
. Participation forfaitaire pour les actes coûteux	Frais réels	Frais réels
. PHARMACIE		
. Frais pharmaceutiques remboursés par la SS	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
. Frais pharmaceutiques prescrits non remboursés par la SS	20 euros par an et par bénéficiaire	40 euros par an et par bénéficiaire
. TRANSPORT		
. Frais de Transport pris en charge par la SS	100 % de la BR	100 % de la BR
. DENTAIRE		
. Soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	120 % de la BR	150 % de la BR

. Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	120 % de la BR	150 % de la BR
. Prothèses dentaires remboursées par la SS : - Couronnes, bridges et inter de bridges. - Couronnes sur implant, - Prothèses dentaires amovibles, - Réparations sur prothèses, - Inlays-cores.	200 % de la BR	300 % de la BR
. Prothèses dentaires non remboursées par la SS : - Couronnes, bridges (à l'exception des inter de bridges) - Prothèses dentaires provisoires, - Réparations (à l'exception des réparations à caractère esthétique)	215 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire	322,50 euros par acte dans la limite de 3 actes par an et par bénéficiaire
. Orthodontie remboursée par la SS	200 % de la BR	250 % de la BR
. Orthodontie non remboursée par la SS	/	200 % de la BR reconstituée
. Implants dentaires	150 euros par an et par bénéficiaire	300 euros par an et par bénéficiaire
. OPTIQUE		
EQUIPEMENT OPTIQUE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans) avec un maximum de 150 € pour la monture		
. Monture enfants (de moins de 18 ans)	100 euros	100 euros
. Monture adultes (de 18 ans et plus)	100 euros	100 euros
. Verre simple (2)	50 euros par verre	100 euros par verre
. Verre complexe ou très complexe (2)	75 euros par verre	145 euros par verre
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	100 % de la BR + 150 euros	100 % de la BR + 200 euros
Lentilles non remboursées par la SS	150 euros	200 euros
. APPAREILLAGE		
. Orthopédie et autres prothèses	150 % de la BR	200 % de la BR
. Prothèses auditives	200 % de la BR	250 % de la BR
. ALLOCATIONS FORFAITAIRES		
. Cures thermales remboursées par la SS (Traitement et Honoraires)	100 % de la BR	100 % de la BR
. Cures thermales remboursées par la SS (Transport et Hébergement)	150 euros par an et par bénéficiaire	200 euros par an et par bénéficiaire
. Maternité	Allocation forfaitaire égale à 100 euros par enfant	Allocation forfaitaire égale à 150 euros par enfant
. MEDECINE ALTERNATIVE		
. Ostéopathie	20 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire	30 euros par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
. Contraception	15 euros par an et par bénéficiaire	30 euros par an et par bénéficiaire

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité

(2) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est ≤ à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / CAS : Contrat d'Accès aux Soins / SS = Sécurité Sociale / PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année

9
AB
JW
ACZ
UP

Article 6 : Financement du régime

6.1 Structure de la cotisation

Le régime complémentaire frais de santé mis en place au sein de l'entreprise doit prévoir une cotisation familiale uniforme.

La cotisation familiale uniforme s'entend comme une cotisation unique quelle que soit la composition familiale du salarié, y compris pour les célibataires sans ayant-droit.

Le conjoint non à charge a la faculté d'adhérer au régime moyennant une cotisation entièrement à sa charge.

6.2 Assiette de la cotisation

Les cotisations servant au financement du régime complémentaire frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

6.3 Taux et répartition des cotisations

La participation de l'employeur au financement du régime de base est égale à 50% de la cotisation.

Le montant de la participation de l'employeur ne peut être inférieur au montant de la cotisation au régime mis en place par les partenaires sociaux auprès de l'organisme recommandé.

6.4 Montant de la cotisation

Montants de la cotisation due au titre du régime de base frais de santé :

	Régime Général Tarif (% PMSS)	Régime Alsace Moselle Tarif (% PMSS)
Famille SS	1,74 %	1,05 %
Contrats de travail suspendus (uniquement pour le salarié)	1,16 %	0,70 %
Extension facultative aux membres de la famille du salarié		
Conjoint non à charge	1,28 %	0,77 %

Montants de la cotisation due au titre des garanties optionnelles :

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du régime de base.

	Option 1 Tarif (% PMSS)	Option 2 Tarif (% PMSS)
Famille SS	+0,51 %	+1,24 %
Contrats de travail suspendus (uniquement pour le salarié)	+0,36 %	+0,87 %
Extension facultative aux membres de la famille du salarié		
Conjoint non à charge	+0,39 %	+0,95 %

Le versement de la totalité de la cotisation à l'organisme assureur incombe à l'employeur et doit intervenir dans les conditions, notamment de délai, prévues par les statuts et règlements de l'organisme assureur recommandé. En cas de retard de paiement, des majorations de retard sont appliquées conformément aux statuts et règlements de l'organisme assureur recommandé.

6.5 Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation totale prévue au 6.4 est fixé pour une durée de trois ans à compter de l'entrée en vigueur du régime. Il pourra toutefois être réévalué en cas d'évolution de l'environnement législatif et/ou réglementaire.

A l'issue de cette période de trois années, un autre montant pourra être fixé par la commission paritaire de la convention collective en fonction des résultats techniques et financiers du régime d'un côté, des études prospectives conçues à cet effet d'un autre côté, sur proposition de l'organisme assureur.

6.6 Cessation de l'obligation de cotiser

La cotisation au régime « frais de santé » cesse d'être due :

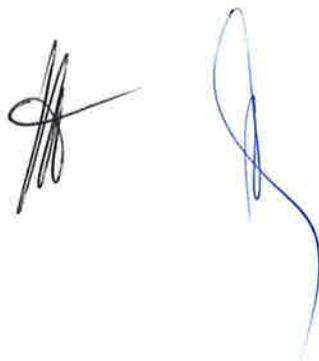
- en cas de suspension du contrat de travail dans les conditions prévues à l'article 4.1,
- lors de la rupture du contrat de travail qui lie le participant à son employeur, sous réserve des cas de maintien des garanties visés à l'article 4.2.
- en cas de décès,
- et, en tout état de cause, à la date de cessation d'effet du présent accord.

7. Recommandation de l'organisme assureur

Le présent régime est structuré autour de dispositifs répondant à un objectif de solidarité professionnelle, et notamment :

- l'affiliation obligatoire de l'ensemble des salariés et de leurs ayants droit quels que soient leur catégorie professionnelle, leur état de santé, leur âge ou leur situation familiale ;
- la prise en compte des situations objectives de fragilité, liées à la maladie ou au chômage notamment ;
- la mise en place de cotisations forfaitaires, donc indépendantes de la réalité du risque individuel ou propre à une entreprise ;
- des prestations déconnectées du niveau des cotisations individuelles et des prestations non contributives ;
- l'accessibilité au fonds social de l'organisme assureur recommandé ;
- la mise en œuvre d'actions de prévention ;
- l'instauration d'un dispositif de solidarité intergénérationnelle.

L'objet du présent accord étant l'instauration d'un régime « frais de santé » concrétisé par la poursuite d'un objectif de solidarité, les cotisations dues conventionnellement par les entreprises et leurs salariés doivent nécessairement être mutualisées. Au vue de cet objectif et en conformité avec le contenu de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, un opérateur unique est recommandé pour gérer les garanties collectives, objet du présent accord.



8. Adhésion à l'organisme assureur et gestionnaire recommandé

8.1 – Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle

Les employeurs relevant du champ d'application de la Convention Collective Nationale des Commissaires-Priseurs et Opérateurs de ventes volontaires ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés des dispositions du présent régime (article 5.2).

Pour ce faire les partenaires sociaux de la branche recommandent l'adhésion auprès de l'organisme assureur ci- après mentionné :

HUMANIS PREVOYANCE institution de Prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la Sécurité Sociale – membre du groupe Humanis – siège social : 7 rue de Magdebourg – 75116 PARIS.

8.2 – Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle

L'organisme est recommandé pour une durée de 5 ans. Cependant, le choix de l'organisme recommandé peut être modifié par la commission paritaire de surveillance, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1er janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

9. Fonds collectifs

Manifestation de solidarité, les partenaires sociaux ont décidé par le présent accord de créer un fonds de solidarité. Il est destiné à mettre en œuvre des actions de solidarité et de prévention telles que mentionnées à l'article 13 du présent accord.

Il est prélevé 2% du montant des cotisations perçu au titre du régime obligatoire prévu par le présent accord.

10. Suivi du régime

L'organisme assureur recommandé fournit annuellement un rapport détaillé, comportant notamment l'ensemble des informations prévues par l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et le décret d'application du 30 août 1990.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission paritaire, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice. A l'occasion de ce rapport, est établi un bilan spécifique relatif aux droits non contributifs.

L'organisme assureur recommandé rend compte à la Commission Paritaire des procédures engagées aux fins de poursuivre le recouvrement des cotisations et des éventuelles difficultés rencontrées.

Elle fait un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre assorti d'un bilan financier annexé au rapport prévu au premier alinéa du présent article ainsi qu'un bilan du fonds collectif et des sommes allouées à ce titre.

11. Réexamen périodique des conditions de mise en œuvre de la mutualisation

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la Sécurité sociale, les conditions de mise en œuvre de la mutualisation feront l'objet d'un examen dans le cadre de la Commission Paritaire au maximum tous les 5 ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent régime.

A cet effet, la Commission Paritaire se réunira au cours du sixième mois précédant cette échéance. Afin de faciliter le travail d'analyse des membres de la Commission Paritaire, l'organisme assureur recommandé présentera dans un rapport consolidant sur la période de 5 ans considérée les rapports

et informations indiquées à l'article 10, un document retraçant l'évolution du régime en ce qui concerne les cotisations, les prestations et la sinistralité au cours des cinq années précédentes.

Chacune des parties signataires a la faculté de dénoncer le présent accord à condition de le notifier 4 mois avant l'expiration annuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée à chaque organisme signataire.

L'accord dénoncé conserve son plein effet jusqu'à la conclusion éventuelle d'un nouveau texte.

Afin d'optimiser la qualité du travail d'analyse, La première partie de la réunion sera consacrée à l'analyse et aux commentaires du rapport prévu ci-dessus. La seconde partie sera consacrée à l'adoption de recommandations visant à une meilleure qualité de gestion du régime par l'organisme recommandé.

12. Effet de l'accord à l'égard de l'organisme assureur recommandé

Les dispositions du présent accord et de ses avenants éventuels ne sont opposables à l'organisme assureur recommandé qu'après acceptation formelle de celui-ci.

Les entreprises ainsi que les salariés peuvent directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès de l'organisme assureur recommandé pour poursuivre l'exécution de ses obligations.

De même, l'organisme assureur recommandé peut directement se prévaloir des dispositions du présent accord auprès des entreprises ainsi que des salariés pour poursuivre l'exécution de leurs obligations.

13. Contribution à la solidarité de branche

13.1 - Le présent accord vise à la création d'un authentique régime de protection sociale complémentaire concrétisé par non seulement la fixation de la nature et du niveau des prestations contractualisées mais encore par des droits non contributifs et déclinant un degré élevé de solidarité, qu'il appartient aux entreprises de respecter, y compris lorsque l'assureur auquel elles confient le soin de gérer les garanties collectives n'est pas celui recommandé dans les conditions figurant à l'article 7.

13.2 - Un règlement est établi entre l'organisme recommandé et les partenaires sociaux de la branche afin de permettre la mise en œuvre du point IV de l'article L.912-1 du code de la Sécurité sociale et notamment :

13.2.1 – La prise en charge totale ou partielle de la cotisation, notamment :

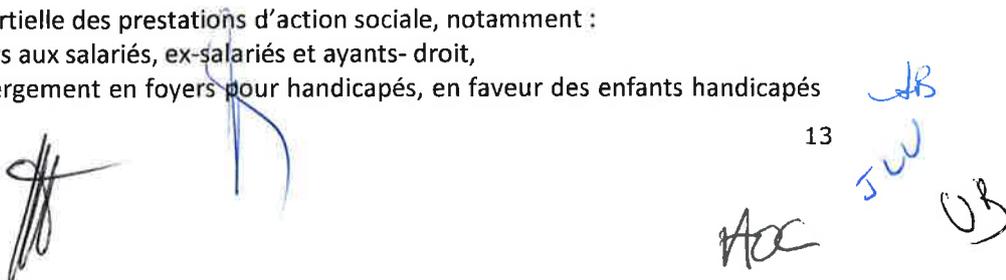
- de tout ou partie des salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite, par ailleurs, et pouvant bénéficier des dispenses d'affiliation,
- de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés au sens du décret dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts.

13.2.2 – Le financement d'actions de prévention de santé publique ou de risques professionnels sous forme :

- de formations ou réunions d'information,
- guides, affiches, outils pédagogiques intégrant les thématiques de sécurité et comportements en termes de consommation médicale,

13.2.3 – La prise en charge partielle des prestations d'action sociale, notamment :

- aides individuelles de secours aux salariés, ex-salariés et ayants-droit,
- aides collectives pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés



ayants-droit ou des aidants familiaux.

La commission paritaire de la branche détermine librement les orientations des actions de prévention et les règles de fonctionnement et d'attribution des prestations d'action sociale et contrôle la mise en œuvre de ces orientations par l'organisme assureur recommandé auprès duquel les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

14. Obligations en matière d'information

Compte tenu de la technicité des questions liées à la prévoyance, les parties considèrent qu'un niveau adapté d'information permanente des bénéficiaires est essentiel à la bonne compréhension de leurs droits et obligations et à la réalisation des objectifs du présent accord.

Dans ce cadre, l'institution recommandée prend l'engagement :

- d'assurer auprès des entreprises concernées et de leur personnel une communication adaptée, sur la base d'une plaquette d'information établie en concertation avec les parties signataires de la convention collective, afin de faciliter la mise en place du régime ;
- d'établir une notice d'information dont l'objet est de détailler les garanties et leurs modalités d'application ; de la transmettre à chaque entreprise adhérente par tous moyens (notamment par la voie dématérialisée ce qui vaudra notification au sens de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale) et de la mettre à jour en cas d'évolution des garanties. Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale. Les entreprises ont l'obligation de remettre cette notice à chaque membre du personnel en place et au moment de l'entrée en fonction.

En cas de rupture du contrat de travail, et au plus tard le dernier jour de la relation contractuelle, les entreprises doivent informer les salariés du maintien possible des garanties en application de l'article 4 ci-dessus et des conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

15. Révision de l'accord

La procédure de révision prévue à l'article 3 de la convention collective est déclinée de la manière suivante en ce qui concerne le présent accord :

- les dispositions du présent accord pourront à tout moment faire l'objet d'une révision en tout ou partie. La négociation à cet effet a lieu à la demande de l'une des parties signataires ou adhérentes conformément aux dispositions des articles L.2222-5 et L.2261-8 du code du travail ;
- toute demande de révision devra être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à chacune des autres parties signataires et adhérentes et comporter l'indication des dispositions dont la révision est demandée. Elle doit être accompagnée ou suivie dans le délai d'un mois d'un nouveau projet d'accord sur les points dont la révision est demandée ;
- le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai d'un mois suivant la réception de cette lettre, la commission nationale paritaire sera réunie à l'initiative de la partie la plus diligente en vue d'une négociation ;
- les dispositions dont la révision est demandée resteront en vigueur jusqu'à la conclusion d'un accord ou à défaut seront maintenues ;
- sous réserve des règles de validité des accords collectifs, les dispositions de l'accord portant révision se substitueront de plein droit à celles de l'accord qu'elles modifient à compter du

lendemain du dépôt de l'accord dans les conditions légales ;

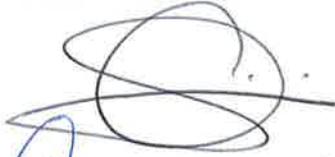
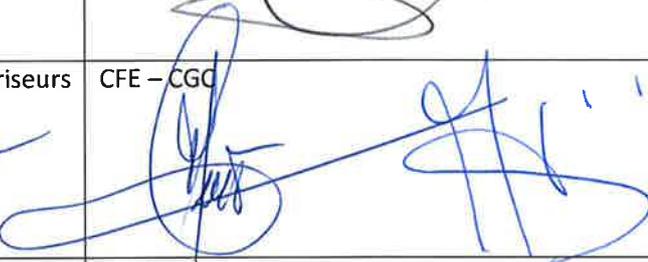
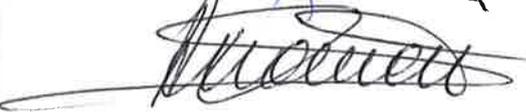
- l'accord de révision fera l'objet des formalités de publicité légale. Les parties solliciteront l'extension de l'accord auprès des services compétents.

16. Notification – Dépôt – 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. Il sera soumis à la procédure d'extension prévue aux articles L.2261-24 et suivants du Code du travail à l'initiative de la partie la plus diligente.

Le présent accord sera porté à la connaissance des employeurs et des salariés par sa mise en ligne sur le portail de la profession, un exemplaire imprimé devant être émarginé par tous les membres du personnel et conservé par l'employeur.

Fait à Paris, le 28 septembre 2015,

Pour les organisations employeurs	Pour les organisations syndicales de salariés
Syndicat national des maisons de ventes volontaires (aux enchères publiques) (SYMEV) 	CFDT 
Chambre nationale des commissaires – priseurs judiciaires (CNCPJ) 	CFE – CGC 
Syndicat national des commissaires-priseurs judiciaires (SNCPJ) 	FESSAD UNSA
	CFTC CSFV
	CGT 