

Accord collectif relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé dans la branche des Hôtels, Cafés, Restaurants

22 novembre 2010



UNION DES METIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'HOTELLERIE

Les différentes étapes de la négociation



UNION DES METIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'HOTELLERIE

1ère étape : l'écriture d'un cahier des charges par un groupe de travail constitué de deux personnes par organisation syndicale. Ces deux personnes étaient, pour l'UMIH, M. DUC et Mme PUJOL, puis Mme MAES et M. DUC depuis décembre 2009.

2ème étape : ce cahier des charges a été signé le 28 et 29 avril 2010 par l'Umih.

3ème étape : Base de notation pour l'analyse des dossiers

3 points principaux :

- = le tarif proposé
- = l'expérience de l'assureur
- = l'expérience du gestionnaire



4ème étape : le cahier des charges a été publié afin que les assureurs puissent répondre à l'appel d'offre. 25 dossiers ont été retirés et on a obtenu 9 réponses. Sur ces 9 réponses, 4 dossiers ont été étudiés.

Les partenaires sociaux, après audition des candidats, ont désigné en tant qu'organisme co-assureurs de ce régime frais de santé :

- L'URRPIMMEC
- L'IPGM
- AUDIENS PREVOYANCE

5ème étape : Cet accord a été signé lors de la commission mixte paritaire du 6 octobre 2010, par toutes les organisations professionnelles patronales et tous les syndicats de salariés.

• **Plan** :

- ❖ **1^{ère} partie** : Présentation du contenu de cet accord
- ❖ **2^{ème} partie** : Questions / Réponses



1^{ère} partie : Présentation du contenu de cet accord



- I – Le cadre juridique
- II – Les bénéficiaires
- III – La prise d'effet des garanties
- IV – Les prestations
- V – Le contrôle et le suivi du régime

I – Le cadre juridique

- **L'objet de ce nouveau régime :**

Il a pour objet d'assurer à ses bénéficiaires des **remboursements de frais de santé complémentaires** à ceux de la sécurité sociale ainsi que des **actions de prévention** (notamment concernant les dépendances liées à l'alcool ou au tabac)

- **Le champ d'application :**

Cet accord 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 des HCR en date du 30 avril 1997.

Les partenaires sociaux sont également convenus d'intégrer dans ce champ d'application, les **discothèques**.

- L'adhésion :

- ❖ **Principe** : le présent accord est un contrat collectif à adhésion obligatoire, ce qui signifie que les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des CHRD sont **tenues d'adhérer** au régime frais de santé et **d'affilier la totalité de leurs salariés** à compter du 1^{er} janvier 2011 ou, au plus tard, le 1^{er} jour du mois civil suivant la publication de l'arrêté d'extension de cet accord.

- ❖ **Déroghations** :

- les entreprises disposant d'un régime frais de santé avant le 1^{er} juillet 2010 ET assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans l'accord du 6 octobre 2010 : elles ont la possibilité de ne pas adhérer au régime conventionnel de branche aussi longtemps que cette dernière condition est remplie.

- les entreprises disposant d'un régime 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 : elles devront soit :
 - = **adapter** leurs garanties dans un délai de 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord
 - = **adhérer** au régime conventionnel de branche
- les entreprises ayant instauré un régime frais de santé entre le 1^{er} juillet 2010 et l'entrée en vigueur du présent accord : elles sont **tenues d'adhérer** au régime frais de santé conventionnel à compter du 1^{er} janvier suivant l'entrée en vigueur de l'accord de branche.
- les entreprises qui ont mis en place au profit de leurs salariés un régime frais de santé facultatif antérieurement au 31 décembre 2010 : elles disposent d'un délai maximum de 12 mois à compter du 1^{er} janvier 2011 pour résilier leur contrat d'assurance et adhérer au régime conventionnel de branche.



Récapitulatif :



UNION DES METIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'HORLOGERIE

Entreprises disposant d'un régime frais de santé avant le 1er juillet 2010 ET assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans l'accord du 6 octobre 2010	Pas d'adhésion au régime conventionnel de branche.
Entreprises disposant d'un régime frais de santé avant le 1er juillet 2010 MAIS dont les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal	Adaptation dans les 30 jours ou adhésion au régime conventionnel de branche.
Entreprises ayant instauré un régime frais de santé entre le 1 ^{er} juillet 2010 et l'entrée en vigueur du présent accord	Adhésion obligatoire.
Entreprises qui ont mis en place au profit de leurs salariés un régime frais de santé facultatif antérieurement au 31 décembre 2010	Délai maximum de 12 mois pour adhérer au régime conventionnel de branche.

II – Les bénéficiaires



Sont bénéficiaires de ce contrat :

- l'ensemble des salariés, cadres ou non cadres, lié par un contrat de travail quelle que soit sa forme,
- appartenant aux entreprises relevant du champ d'application de la convention collective des CHRD de 1997,
- et ayant au moins un mois civil entier d'emploi dans une même entreprise.

Les salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C) peuvent bénéficier d'une dispense temporaire d'affiliation au régime frais de santé 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 bénéficier d'une dispense d'affiliation.

Les salariés qui ont souscrit avant la date d'entrée en vigueur de l'accord frais de santé conventionnel, un contrat individuel de frais de santé sont dans l'obligation de rejoindre le régime conventionnel de branche. Pour cela, ils disposent d'un délai de

- 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord de branche pour résilier leur contrat individuel d'assurance frais de santé ;
- et d'un an après la dite date d'application pour adhérer au régime conventionnel de branche.

Les salariés embauchés postérieurement à l'entrée en vigueur de l'accord ne peuvent bénéficier de cette dispense.

Information des salariés :

L'employeur est tenu :

- de remettre à chaque salarié, et de pouvoir en rapporter la preuve, une notice d'information établie sous la responsabilité des institutions qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque,
- d'informer par écrit les salariés des modifications qui sont apportées à leurs droits et obligations.

III – La Prise d'effet des garanties

- **Entrée en vigueur des garanties :**

Les salariés bénéficient des garanties frais de santé :

- au terme du 1^{er} mois civil entier dans l'entreprise, rétroactivement à la date de leur embauche, à l'exception des garanties optiques et dentaires.
- pour les garanties optiques et dentaires, au 1^{er} jour du mois civil qui suit le 1^{er} mois civil entier d'emploi requis.

Ex : cas d'un salarié embauché le 27 avril et quittant l'entreprise le 15 mai

Le salarié n'a pas l'ancienneté requise, à savoir un mois civil entier dans l'entreprise. En conséquence, il ne bénéficie pas des garanties du régime frais de santé obligatoire.

Ex : cas du salarié embauché le 27 avril et quittant l'entreprise le 31 mai

Il remplit la condition d'un mois d'ancienneté dans l'entreprise et peut donc bénéficier des garanties frais de santé. La 1^{ère} cotisation est appelée le 31 mai et 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, soit le 27 avril et jusqu'au terme de son contrat.

- **Périodes de suspension du contrat de travail :**

Principe : les garanties sont suspendues pendant les périodes de suspension du contrat de travail.

Ex : *congé parental d'éducation, congé sabbatique...*



Exception : pendant les périodes de suspension donnant lieu à maintien de rémunération par l'employeur ou indemnisation par la sécurité sociale, les garanties continuent.

Ex : *la maladie*

La suspension de garanties prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de début de suspension du contrat de travail (la cotisation du mois en cours étant due par l'entreprise).

La reprise des garanties et le paiement de la cotisation interviennent à compter du 1^{er} jour du mois de la reprise de l'activité professionnelle.

- **Cessation des garanties :**

Les garanties cessent pour chaque salarié au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des éléments suivants :

- **rupture du contrat de travail du salarié avec l'entreprise** (départ à la retraite sans cumul avec un emploi, démission, licenciement, rupture conventionnelle) ;
- **décès du salarié** ;
- **dénonciation du présent accord collectif de branche.**

- **Maintien des garanties dans le cadre de l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008 :**

Principe : Le régime conventionnel des frais de santé organise le **maintien des Garanties en cas de cessation du contrat de travail**, SAUF dans l'hypothèse d'une rupture pour faute lourde, ouvrant droit à **prise en charge par l'assurance chômage**, conformément au dispositif de portabilité défini par l'article 14 de l'ANI du 11 janvier 2008.

La durée du maintien de ces garanties est **égale à celle du dernier contrat de travail apprécié en mois entier et dans la limite de 9 mois.**

Les droits à la garantie frais de santé doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur.

Prise d'effet : le maintien des droits prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la cessation du contrat de travail, sous réserve :

- que le salarié n'y ait pas expressément renoncé ; cette renonciation doit avoir lieu auprès de l'entreprise dans les 10 jours suivant la cessation du contrat de travail ; elle est définitive et concerne l'ensemble des garanties des couvertures complémentaires dont bénéficiait l'assuré,
- que l'entreprise ait adressé à l'Institution la demande nominative de maintien des garanties dans les 30 jours suivant la cessation de leur contrat de travail.

L'entreprise se charge d'obtenir l'attestation délivrée par le régime d'assurance chômage permettant de définir la durée maximale du maintien de garantie, et informe sans délai, l'institution de tout évènement porté à sa connaissance ayant pour conséquence de mettre fin de façon anticipée à la période de maintien de garanties.



Cessation de ce maintien : le maintien cesse à la date de survenance de l'un des évènements suivants :

- lorsque le bénéficiaire du dispositif de la portabilité reprend une activité professionnelle ;
- lorsqu'il ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- lorsque la période de droits à laquelle peut prétendre l'assuré est expirée (maximum 9 mois) ;
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès.

Toute suspension des allocations chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien de droits.

Ce dispositif est applicable aux salariés saisonniers.

Financement de cette portabilité : elle fait l'objet d'une mutualisation, c'est-à-dire que le maintien des garanties est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité. Une évaluation du coût de cette mutualisation sera présentée chaque année aux partenaires sociaux de la branche.

- **Maintien des garanties à titre individuel dans le cadre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 :**

Tout salarié cesse d'être couvert au titre du régime conventionnel obligatoire lorsqu'il n'appartient plus au personnel de l'entreprise.

Cependant, conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi de 1989, peuvent souscrire un contrat individuel afin de continuer de bénéficier des garanties frais de santé, les anciens salariés bénéficiaires :

- d'une allocation versée par le régime d'assurance chômage ;
- d'une rente incapacité ou invalidité ;
- ou d'une pension retraite,

Sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.

Pour les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité pour une durée excédant 6 mois, le point de départ du délai susvisé est reporté à l'expiration des droits à portabilité.

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



- **Cas du régime retraités et sorties de branche :**

Les partenaires sociaux souhaitent doter, d'ici 3 ans, la branche d'un régime frais de santé complémentaire dédié aux situations de sorties de branche et notamment aux retraités.

Attention, ce régime ne sera pas mutualisé.



IV – Les prestations

BRSS : Base de remboursement de la sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel 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



U M I H

UNION DES MÉTIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'ORFÈVRE

Nature des garanties	Limite de remboursements
MÉDECINE 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

Nature des garanties	Limite de remboursements
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



UMIH

UNION DES MÉTIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'HORLOGERIE

Nature des garanties	Limite de remboursements
FRAIS D'OPTIQUE	
Verres	3.5 % PMSS (par verre) + selon la grille (par verre) : UNIFOCAUX -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 -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



UMIH

UNION DES MÉDECINS
ET DES INDUSTRIELS DE L'HÔTELLERIE

Nature des garanties	Limite de remboursements
CURE THERMALE ACCEPTÉES PAR LA SS	
Y compris transport et hébergement	100 % du ticket modérateur
MATERNITÉ	
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 SS, 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

Régime frais de santé Convention Collective Nationale des Hôtels, Cafés, Restaurants

Exemples de remboursements

Exemples de remboursements : consultations

ACTES (dans le respect du parcours de soins)	Frais Réels	Remboursement Sécurité Sociale	BASE	
			Remboursement du régime HCR	Reste à charge
Médecin Traitant Généraliste	22,00 €	15,40 € ⁽¹⁾	6,60 €	0 €⁽¹⁾
Spécialiste secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination				
Médecin Correspondant (consultation pour suivi régulier)	28,00 €	19,60 € ⁽¹⁾	8,40 €	0 €⁽¹⁾
Médecin Correspondant (consultation pour avis ponctuel)	44,00 €	30,80 € ⁽¹⁾	13,20 €	0 €⁽¹⁾
En accès spécifique (gynécologue, ophtalmologue)	28,00 €	19,60 € ⁽¹⁾	8,40 €	0 €⁽¹⁾
Spécialiste secteur 2 honoraires libres				
Médecin Correspondant (consultation pour suivi régulier)	45,00 €	16,10 € ⁽¹⁾	6,90 €	22,00 €⁽¹⁾
Médecin Correspondant (consultation pour avis ponctuel)	60,00 €	30,80 € ⁽¹⁾	13,20 €	16,00 €⁽¹⁾

(1) Hors participation forfaitaire de 1 €

22 décembre 2010

Exemples de remboursements : dentaire

ACTES	Frais Réels	Remboursement Sécurité Sociale	BASE	
			Remboursement du régime HCR	Reste à charge
Orthodontie acceptée par la SS (TO 90)	610,00 €	193,50 €	321,21 €	95,29 €
Un amalgame : « plombage » (SC 12)	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
Un onlay (SC 17 soit 3 faces de la dent)	250,00 €	28,68 €	81,94 €	139,38 €
Une couronne acceptée par la SS (SPR 50)	420,00 €	75,25 €	215,00 €	129,75 €
Un appareil dentaire : stellite 5 dents (SPR 40 + 60)	700,00 €	150,50 €	430,00 €	119,50 €

Exemples de remboursements : optique

ACTES	Frais Réels	Remboursement Sécurité Sociale	BASE	
			Remboursement du régime HCR	Reste à charge
Lentilles non remboursables par la SS (jetables ou non)	255,00 €	0 €	126,00 €	129,00 €
Lunettes Adulte				
Monture	180,00 €	1,85 €	100,00 €	78,15 €
Correction nécessitant des verres unifocaux (vision de loin uniquement)				
- Verre droit -0,25 (0,50) 90°	101,00 €	2,38 €	98,62 €	0 €
- Verre gauche -0,25 (0,50) 90°	101,00 €	2,38 €	98,62 €	0 €
Correction nécessitant des verres multifocaux				
- Verre droit : - 3,25(+0,50)180°Add 1,75	245,00 €	6,74 €	227,92 €	10,34 €
- Verre gauche : - 2,75(+0,50)180°Add 1,75	224,50 €	6,74 €	217,76 €	0 €

• **Le versement des prestations :**

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

• **Montant de la cotisation et répartition :**

La cotisation au régime conventionnel frais de santé est exprimée sous forme de forfait mensuel non proratisable pour chaque salarié bénéficiaire.

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

Les montants sont fixés à compter de l'entrée en vigueur du régime pour une durée de 3 années.

	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 €

- **Salariés ayant plusieurs employeurs relevant de la branche :**

La cotisation est proratisée entre les différents employeurs. Mais le salarié 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.

- **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.



- **Échéance et paiement des cotisations** :

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

- Si le salarié est embauché en cours de mois, la cotisation est due à compter du mois suivant.
- Lorsque le contrat de travail du salarié 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 au cours d'un mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due, à terme échu.



V – Le contrôle et le suivi du régime

Le contrôle et le suivi de ce régime conventionnel frais de santé est assuré par la commission paritaire de pilotage (CPP).

- **Composition de la CPP :**

Elle est composée d'un nombre égal de représentants d'organisations syndicales de salariés et d'organisations professionnelles d'employeurs.

= 15 membres par collège, à raison de 2 titulaires et d'1 suppléant par organisation syndicale de salariés et de 2 titulaires et d'1 suppléant par organisation professionnelle d'employeurs.

Cependant, en cas d'évolution de la représentativité, la CMP se réunira dans les 3 mois afin d'adapter la composition au nouveau contexte. La parité reste une obligation.

- **Missions de la CPP :**

Elle contrôle et pilote, par délégation de la CMP, le régime professionnel frais de santé de la branche des CHR en :

- étudiant les comptes détaillés du régime fourni et présentés par les organismes assureurs et le gestionnaire,
- contrôlant l'application du régime frais de santé, en décidant et en gérant l'action sociale du régime et en délibérant sur les interprétations et litiges survenant dans l'application du régime,
- en émettant des propositions d'ajustement du régime et en organisant les évolutions de ce régime,
- en gérant la promotion du régime,
- et en abondant le fonds d'action sociale dans la mesure de ses moyens.

Pour toutes ses missions, elle peut se faire assister d'experts.



Conclusion :

- Cet accord 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.

2^{ème} partie : Questions / Réponses

I – Concernant le choix de la mutuelle



UNION DES METIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'HOTELLERIE

Question : aux vues du montant de la cotisation et des remboursements proposés, certains employeurs souhaiteraient choisir une mutuelle librement, pourront-ils le faire ?

Réponse : Le principe est l'adhésion obligatoire. C'est un accord collectif de branche et il s'impose donc aux entreprises sauf si celles-ci remplissent les conditions de dispense (tableau P. 9)

Question : les salariés bénéficiant déjà d'un régime frais de santé seront ils obligés de rejoindre le régime conventionnel de branche ?

Réponse : les salariés qui ont souscrit un contrat individuel avant l'entrée en vigueur du contrat conventionnel, disposent d'un délai maximum de 12 mois pour résilier leur contrat individuel d'assurance frais de santé et pour adhérer au régime conventionnel. Ils peuvent cependant demander à leur organisme assureur de résilier le contrat hors délai contractuel du fait de l'application d'un régime obligatoire de branche. Certains assureurs acceptent une « résiliation à l'amiable » en dehors du délai contractuel.

Question : quid des entreprises qui ont déjà un régime de frais de Santé ?



Réponse : Les entreprises ayant instauré un régime de frais de santé obligatoire assurant des garanties couvrant les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles du régime conventionnel, ont la possibilité de ne pas adhérer à l'accord de branche.

En revanche, si les garanties ne couvrent pas les mêmes prestations à un niveau au moins égal ou supérieur, l'entreprise devra adhérer au régime Conventionnel ou adapter ses garanties. Il appartient à son assureur de mettre le contrat en conformité et donc de réaliser le comparatif ligne par ligne. Cette mise à niveau doit être faite dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur du présent accord.

A noter que la portabilité mutualisée doit être instaurée dans un délai de 12 mois suivant cette même date.

Question : quels sont les risques ou sanctions si un employeur refuse catégoriquement de souscrire au régime conventionnel pour ses salariés ?

Réponse : l'entreprise risque de rentrer en contentieux avec les co-assureurs du fait du non paiement de ses cotisations.

De plus, le salarié peut réclamer la prise en charge de ses prestations auprès de son employeur et ce dernier devra alors lui reverser le montant des prestations prévues par le régime frais de santé conventionnel. Il pourra même saisir le conseil des prud'hommes pour non respect par l'employeur d'une obligation conventionnelle.

Question : l'employeur a souscrit un régime frais de santé avant le 1^{er} juillet 2010 et les garanties sont équivalentes à celles de l'accord de branche. Cependant, il existe dans l'entreprise une condition d'ancienneté d'un an pour en bénéficier. Pourra-t-il la conserver ou devra-t-il adhérer au régime conventionnel ?

Réponse : comme les garanties sont équivalentes à celles de l'accord de branche, l'entreprise a la possibilité de ne pas adhérer au régime conventionnel aussi longtemps que cette condition d'équivalence est remplie. Cependant, les salariés devront en bénéficier au moment de l'entrée en vigueur de l'accord de branche. La condition d'ancienneté n'a donc plus lieu d'être. Seule la condition d'un mois civil entier d'emploi dans l'entreprise s'applique.

Question : quid en cas de changement d'organisme assureur postérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord ?

Réponse : si ce changement n'est pas justifié par une amélioration des prestations et / ou baisse des cotisations, l'entreprise devra adhérer au régime conventionnel de branche.

Question : une entreprise qui a déjà mis en place un régime frais de santé avec une répartition des cotisations 80% pour la part patronale et 20% pour la part salariale ? Peut-elle maintenir cet avantage ou doit-elle appliquer la répartition 50% - 50% ?

Réponse : un comparatif de l'ensemble des deux régimes doit être établi pour assurer également aux salariés des garanties au moins égales ou supérieures à l'accord de branche. Si c'est le cas, l'entreprise pourra conserver son propre régime avec sa propre répartition.



UNION DES METIERS
ET DES INDUSTRIES DE L'HOTELLERIE

Question : si deux conjoints travaillent dans deux restaurants différents, comment cela se passe-t-il ?

Réponse : chaque conjoint devra adhérer auprès de son entreprise.

Question : le salarié dont le conjoint a déjà un régime frais de santé obligatoire dans une autre entreprise n'appartenant pas au secteur des CHR et qui prend en charge toute la famille, devra-t-il tout de même cotiser au régime de la branche CHR à laquelle il appartient ?

Réponse : même si le salarié a déjà une couverture par le biais de son conjoint, il devra adhérer au régime conventionnel de branche dès l'entrée en vigueur de l'accord.

Question : les entreprises doivent-elles choisir une société d'assurance agréée ? Si oui, lesquelles ?

Réponse : 3 organismes ont été désignés (Mornay, Audiens, Médéric Malakoff). La répartition des adhésions n'est pas libre puisqu'elle suit la base des compétences géographiques retenues en retraite complémentaire et en prévoyance pour Mornay et Malakoff Médéric (MM).

A noter que si l'entreprise cotise pour la retraite complémentaire et la prévoyance auprès de MM ou Mornay, il pourra la garder en frais de santé.

II – Concernant les bénéficiaires

Question : les extras sont-ils concernés par le régime frais de santé obligatoire ?

Réponse : ils ne peuvent pas adhérer car généralement ils ont moins d'un mois civil entier dans l'entreprise.

Question : quid des étudiants qui viennent régulièrement dans la même entreprise au cours de l'année (environ 2 ou 3 week-end par mois) ?

Réponse : même réponse que pour les extras.

Question : quid des intermittents du spectacle qui sont salariés dans une entreprise dont le code NAF entre dans le champ d'application de l'accord collectif de branche ?

Réponse : Audiens recueille les entreprises appartenant à des groupes dont l'activité principale relève du spectacle, quelle que soit la situation géographique de l'entreprise.

Question : je n'ai pas de salarié, dois-je quand même faire adhérer mon entreprise ?

Réponse : même si l'entreprise n'a pas de salarié pour le moment, il est recommandé de la faire adhérer en prévision de future embauche. Elle n'aura plus qu'à affilier ses salariés le moment venu. L'appel de cotisation n'aura lieu qu'une fois les salariés affiliés.

Question : quid de l'entreprise qui a déjà un contrat pour les cadres (ou non cadres) ? Doit-elle adhérer pour les cadres (ou non cadres) ?

Réponse : oui. Le contrat en cours relatif au personnel cadre ou non cadre doit avoir été souscrit avant le 1^{er} juillet 2010 et doit être mis à niveau (comparatif à faire sur tous les actes, ligne par ligne, à l'exception des actes de prévention) sous 30 jours à compter de la prise d'effet de l'accord.



Question : cas du salarié qui travaille chez d'autres employeurs sur le mois. Doit-il être couvert dans toutes les entreprises ou chez un seul employeur ?

Réponse : le calcul de la cotisation au régime professionnel frais de santé se fera au prorata du temps de travail effectué auprès de chaque employeur.

Question : quid des salariés à temps partiel ?

Réponse : ils doivent adhérer sauf si la cotisation du régime frais de santé représente plus de 10% de leur rémunération (soit une rémunération de 160 € par mois).

Question : quid des apprentis ?

Réponse : ils doivent être affiliés au régime frais de santé.

Question : les intérimaires doivent-ils cotiser ?

Réponse : non, car ils ne sont pas salariés de l'entreprise.



III – Concernant les options du régime

Question : les salariés ont-ils la possibilité d'affilier les membres de leur famille ?

Réponse : oui, à l'aide de garanties optionnelles (un tableau sera effectué prochainement)

Question : y-a-t-il des options prévues ? Dans ce cas, quel sera le type d'adhésion ? Obligatoire ou facultative ?

Réponse : L'entreprise peut mettre en place des options complémentaires sous forme d'un contrat collectif obligatoire, soit pour le salarié seul, soit pour le salarié et sa famille.

Attention, le type de couverture (salarié seul ou famille) s'impose au salarié. En pratique, si l'entreprise met en place un régime « famille », le salarié qui n'a pas de famille cotise de la même manière que le salarié qui en a une.

Le salarié peut souscrire des options complémentaires à titre individuel pour lui-même et / ou pour sa famille.



Question : si le salarié décède, quid de la couverture souscrite ?

Réponse : les personnes garanties du chef de l'assuré décédé peuvent continuer à bénéficier, à titre individuel, des mêmes garanties, sans délai de carence, ni questionnaire médical, pour une durée de 12 mois à compter du décès, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès de l'assuré. La cotisation est payable d'avance par les personnes garanties.



IV – Concernant les prestations



Question : quelle est l'assiette prise en compte pour calculer le montant des cotisations ?

Réponse : c'est une cotisation forfaitaire par mois qui ne dépend pas du niveau de rémunération du salarié.

Les primes et gratifications ne sont pas prises en compte dans le calcul de la cotisation.

Question : le montant de la cotisation risque-t-il d'évoluer ?

Réponse : non, il est garanti pour une durée de trois ans.

Question : le tarif inclut-il la portabilité (maintien des garanties au titre de l'ANI) ?

Réponse : oui, le coût de la portabilité est mutualisé avec la cotisation des actifs. Le principe de portabilité permet le maintien des garanties du régime HCR pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise, apprécié en mois entier, dans la limite de 9 mois et sous réserve que l'ex-salarié bénéficie des droits à indemnisation chômage.

Question : les cotisations bénéficient-elles d'exonération sociales et fiscales ?

Réponse : oui, le régime HCR santé respecte les dispositions pour bénéficier des exonérations relatives aux contrats obligatoires.

La part patronale est soumise à la taxe sur cotisation de prévoyance.

Question : que se passe-t-il si mon salarié quitte l'entreprise (départ en retraite, démission, licenciement...) ?

Réponse : le salarié reste couvert jusqu'à la fin du mois en cours pour lequel la cotisation a été précomptée sur le salaire.

S'il part à la retraite, la loi Evin permet au bénéficiaire d'une pension de retraite de continuer à bénéficier du régime professionnel Frais de santé à titre individuel.

S'il démissionne, tout mois commencé est dû et donne droit à des prestations jusqu'au dernier jour. Il peut toutefois adhérer à un contrat individuel selon les offres proposées par l'assureur.

S'il est licencié, il bénéficie de la portabilité des droits sauf s'il est licencié pour faute lourde.

Contacts :



Pour les questions liées au règlement des cotisations : Malakoff Médéric,
Groupe Mornay, Groupe Audiens

**Pour les questions liées au règlement des prestations, aux affiliations, au
changement de situation d'un salarié... :** GPS

Site internet : www.gpam.fr

Adresse mail : gestion@gpam.fr

Téléphone : 02 54 88 38 10

Fax : 02 54 95 90 96

Numéro vert : 0800 427 001

Du lundi au vendredi de 9h à 18h

Récapitulatif détaillé des tarifs

Principaux tarifs des garanties supplémentaires d'entreprises obligatoires

Vous êtes une entreprise :

	Régime général		Alsace Moselle	
	Pour votre salarié	Pour votre salarié & sa famille	Pour votre salarié	Pour votre salarié & sa famille
Vous devez OBLIGATOIREMENT adhérer au régime conventionnel pour vos salariés	32,00 €		22,90 €	

Mais vous avez aussi la possibilité de :

	Régime général		Alsace Moselle	
	Pour votre salarié	Pour votre salarié & sa famille	Pour votre salarié	Pour votre salarié & sa famille
1 - Etendre la garantie conventionnelle du salarié à sa famille, de façon obligatoire , au tarif unique de :		64,00 € (dont 32 € au titre du régime conventionnel)		46,00 € (dont 22.90 € au titre du régime conventionnel)
2 - Améliorer la couverture au niveau du Module 1 de façon obligatoire :				
● pour votre salarié uniquement :	37,80 €		27,70 €	
ou ● pour votre salarié et sa famille :		78,00 €		58,00 €
	(dont 32 € au titre du régime conventionnel)		(dont 22.90 € au titre du régime conventionnel)	
3 - Améliorer la couverture au niveau du Module 2 de façon obligatoire :				
● pour votre salarié uniquement :	41,60 €		30,60 €	
ou ● pour votre salarié et sa famille :		86,00 €		66,00 €
	(dont 32 € au titre du régime conventionnel)		(dont 22.90 € au titre du régime conventionnel)	

Principaux tarifs des garanties supplémentaires individuelles facultatives

Vous êtes salarié couvert par le régime conventionnel via votre entreprise :

Pour aller au-delà de cette couverture, vous pouvez individuellement :

	T M		CCN		Module 1		Module 2	
	Régime général	Alsace Moselle	Régime général	Alsace Moselle	Régime général	Alsace Moselle	Régime général	Alsace Moselle
1 - Améliorer votre couverture (CCN via l'entreprise), pour une cotisation supplémentaire de :					6,40 €	5,30 €	10,60 €	8,50 €
2 - Améliorer votre couverture (Module 1 via l'entreprise), pour une cotisation supplémentaire de :							4,20 €	4,20 €
3 - Couvrir toute ou partie de votre famille , pour une cotisation supplémentaire de :								
Adulte * :	23,30 €	15,90 €	44,40 €	30,70 €	51,80 €	37,10 €	57,10 €	430 €
Enfant : (gratuité à compter du 3ème enfant)	15,90 €	10,60 €	26,40 €	19,10 €	30,70 €	22,10 €	33,10 €	240 €

* Des cotisations spécifiques concernent les assurés de plus de 62 ans (conjoint et salarié)

Tous vos ayants droit doivent choisir la même option

Principaux tarifs des garanties individuelles en maintien (hors Evin Retraités)

Vous êtes un salarié ou un ancien salarié et vous voulez poursuivre votre couverture :

Vous pouvez adhérer individuellement :

	T M		CCN		Module 1		Module 2	
	Régime général	Alsace Moselle	Régime général	Alsace Moselle	Régime général	Alsace Moselle	Régime général	Alsace Moselle
1 - Vous avez été licencié et voulez bénéficier d'une couverture après la portabilité :								
Adulte moins de 62 ans :	23,30 €	15,90 €	44,40 €	30,70 €	51,80 €	37,10 €	57,10 €	41,30 €
Adulte plus de 62 ans :	40,00 €	27,00 €	62,20 €	43,00 €	72,50 €	51,90 €	79,90 €	57,80 €
Vos enfants :	15,90 €	10,60 €	26,40 €	19,10 €	30,70 €	22,0 €	33,10 €	24,40 €
(gratuité à compter du 3ème enfant)								
2 - Vous avez quitté votre entreprise et êtes en incapacité/invalidité :								
Adulte moins de 62 ans :	23,30 €	15,90 €	44,40 €	30,70 €	51,80 €	37,10 €	57,10 €	41,30 €
Adulte plus de 62 ans :	40,00 €	27,00 €	62,20 €	43,00 €	72,50 €	51,90 €	79,90 €	57,80 €
Vos enfants :	15,90 €	10,60 €	26,40 €	19,10 €	30,70 €	22,0 €	33,10 €	24,40 €
(gratuité à compter du 3ème enfant)								
3 - Vous êtes salarié en suspension de contrat :								
Adulte moins de 62 ans :	23,30 €	15,90 €	44,40 €	30,70 €	51,80 €	37,10 €	57,10 €	41,30 €
Adulte plus de 62 ans :	40,00 €	27,00 €	62,20 €	43,00 €	72,50 €	51,90 €	79,90 €	57,80 €
Vos enfants :	15,90 €	10,60 €	26,40 €	19,10 €	30,70 €	22,0 €	33,10 €	24,40 €
(gratuité à compter du 3ème enfant)								
4 - Vous voulez vous couvrir entre deux saisons après la portabilité :								
Adulte moins de 62 ans :	23,30 €	15,90 €	44,40 €	30,70 €	51,80 €	37,10 €	57,10 €	41,30 €
Adulte plus de 62 ans :	40,00 €	27,00 €	62,20 €	43,00 €	72,50 €	51,90 €	79,90 €	57,80 €
Vos enfants :	15,90 €	10,60 €	26,40 €	19,10 €	30,70 €	22,0 €	33,10 €	24,40 €
(gratuité à compter du 3ème enfant)								