

Accord  
**Accord du 15 septembre 2015 relatif à l'instauration d'une couverture santé  
obligatoire pour tous les salariés**

## **Préambule**

Dans le cadre du processus de généralisation de la couverture santé voulue par les signataires de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et légalisée par l'article 1er de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux ont constaté que l'hétérogénéité des organismes de tourisme et la taille réduite de nombre d'entre eux justifiaient l'instauration, au niveau de la branche, d'une couverture santé obligatoire qui bénéficie à tous les salariés quelles que soient la situation géographique et la taille des organismes employeurs.

Les partenaires sociaux ont également souhaité que cette couverture établisse des garanties d'un haut degré de solidarité, au sens des articles L. 912-1 et R. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Il est enfin estimé utile qu'un organisme assureur soit, au terme d'une procédure strictement conforme à celle établie par les articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, recommandé afin de faciliter l'adhésion des organismes qui le souhaitent, sans compromettre la liberté de ceux qui décideraient, sous réserve de respecter la couverture définie par le présent accord, de choisir un organisme assureur autre que celui recommandé.

Il a donc été conclu le présent accord.

## **Article 1er**

### **Champ d'application**

Le champ d'application du présent accord est celui déterminé à l'article 1er de la convention collective des organismes de tourisme (n° 3175), qu'il complète.

## **Article 2**

### **Bénéficiaires de la couverture**

2.1. Tous les salariés des entreprises visées à l'article 1er, sans préjudice des dispenses d'adhésion (article 3), bénéficient de la couverture santé collective et obligatoire quelles que soient la nature de leur contrat de travail (CDI ou CDD, apprenti, formation en alternance) et la durée de leur activité (temps plein ou temps partiel), et ce à compter de leur premier jour d'activité au sein d'un organisme de tourisme.

Les signataires ont toutefois souhaité prendre en considération la situation professionnelle spécifique des salariés guides conférenciers au sens du décret n° 2011-930 du 1er août 2011 dont la spécificité s'affirme tant par les caractéristiques de leur métier que par les

modalités d'exercice de leur profession. Les partenaires sociaux ont souhaité que ces salariés, placés dans une situation professionnelle spécifique, puissent bénéficier des garanties, sans condition d'ancienneté, sans risque d'interruption entre différentes interventions professionnelles.

Les modalités de financement sont spécifiées à l'article 5.

2.2. Les salariés bénéficiant de la couverture santé collective et obligatoire ont la possibilité d'en faire bénéficier à titre facultatif leurs ayants droit :

- le conjoint ou le partenaire lié par un Pacs ou le concubin selon les modalités définies par le contrat d'assurance souscrit ;
- les enfants à leur charge selon les modalités définies par le contrat d'assurance souscrit ;
- les enfants reconnus handicapés, sans limite d'âge.

Toute affiliation à l'option doit être selon la même situation de famille que l'adhésion à la base.

Dans le cas où le salarié résilie l'affiliation pour ses ayants droit, une nouvelle affiliation à ce titre ne sera possible que passé le délai de deux exercices civils (à compter du 1er janvier suivant la résiliation) consécutifs, sauf changement objectif de la situation de famille (selon les modalités définies par le contrat d'assurance).

### **Article 3**

#### **Dispenses d'affiliation**

Les salariés ont la possibilité de demander à être dispensés d'affiliation à la couverture, s'ils justifient se trouver dans l'une des situations suivantes, autant de temps que cette situation perdure et qu'ils en justifient :

- salariés bénéficiant d'un ou de plusieurs CDD consécutifs n'excédant pas globalement la durée de 12 mois ;
- salariés bénéficiant d'un ou de plusieurs CDD consécutifs excédant globalement 12 mois (dans la limite légale) à la condition qu'ils justifient être assurés au titre d'une couverture santé individuelle couvrant l'intégralité de la période sous CDD ;
- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application du même article, jusqu'à la cessation du bénéfice desdites situations ;
- salariés bénéficiant d'une couverture santé collective et obligatoire soit au titre d'une autre activité professionnelle, soit en qualité d'ayants droit du conjoint, partenaire pacsé ou concubin, y compris d'un régime local Alsace-Moselle ou d'un régime complémentaire de l'Etat des établissements publics et collectivités locales ;
- salariés couverts, lors de l'entrée en vigueur du présent avenant ou ultérieurement lors de leur embauche, à titre individuel jusqu'à la prochaine échéance de ladite couverture ;

– salariés à temps partiel et apprentis à l'égard desquels la cotisation excéderait 10 % de la rémunération mensuelle brute ;

Lorsque la dispense est demandée en raison ou à la condition du bénéfice d'une couverture individuelle ou collective ou en qualité d'ayant droit, le salarié doit produire un certificat établissant la réalité de la couverture tous les ans ;

L'employeur doit vérifier, au moins tous les ans, auprès de chaque salarié régulièrement dispensé d'affiliation la justification de cette dispense et la conserver.

Le salarié qui demande à être dispensé d'affiliation est informé, par les présentes dispositions, que cette dispense le prive de tout droit lié à la couverture santé établie par le présent accord ainsi que le droit au fonds d'action sociale, et qu'il est formellement tenu d'informer son employeur aussitôt que la justification de la dispense cesse. Il ne peut en aucun cas tirer grief contre son employeur de sa décision de dispense d'affiliation.

Dans le cas où la réglementation supprimerait l'un des cas de dispense susvisés, cette suppression s'appliquerait sans délai nonobstant les dispositions du présent article.

## **Article 4**

### **Garanties de la couverture santé**

4.1. La couverture santé est composée de la façon suivante :

– les garanties sont présentées sous forme d'un tableau de synthèse ; le contrat respectera les caractéristiques des contrats responsables au sens des articles R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

– à titre collectif et obligatoire, les salariés, sans préjudice des dispenses d'affiliation visées à l'article 3, bénéficient des garanties identifiées par le tableau annexé colonne « Garanties de base » ;

– à titre facultatif, chaque salarié peut choisir des garanties supplémentaires identifiées par le tableau annexé (colonnes option 1, option 2) ; il est précisé qu'à la date de conclusion du présent article, ces garanties supplémentaires ajoutées aux garanties obligatoires conservent les caractéristiques des contrats responsables au sens des articles R. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale ; les options facultatives sont proposées librement par l'assureur et peuvent donc évoluer séparément du régime de base obligatoire ;

– à titre facultatif, chaque salarié peut choisir de faire bénéficier ses ayants droit des garanties de base obligatoires ou, s'il a opté pour les garanties supplémentaires, des garanties de base et supplémentaires.

4.2. Les garanties sont complétées, au profit des salariés, par des prestations à degré élevé de solidarité et financées tel que prévu à l'article 8.2. Ces prestations sont précisées en annexe et seront notamment et prioritairement affectées à une participation aux départs en vacances des enfants de salariés en situation de handicap reconnu ou de maladie grave.

4.3. Quel que soit l'organisme assureur auquel adhère la structure, elle doit vérifier que les garanties couvertes sont au moins égales aux garanties de base identifiées en annexe.

## **Article 5**

### **Financement de la couverture santé**

5.1 a) Les garanties de base obligatoires visées aux articles 4.1 et 4.2 sont financées par une cotisation mensuelle égale à 31,38 € au 1er janvier 2016 (15,69 € en Alsace-Moselle), étant précisé que 2 % de cette cotisation mensuelle sont dédiés au financement des actions visées à l'article 4.2.

La cotisation mensuelle susvisée est répartie par moitiés entre l'entreprise et le salarié. Les révisions futures feront l'objet d'une négociation et d'un avenant au présent accord.

Lorsque l'entreprise choisit d'être assurée par un organisme assureur autre que celui recommandé en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la part employeur de la cotisation ne pourra être inférieure à 50 % de la cotisation globale conventionnelle du régime de base obligatoire.

b) Sauf s'il sollicite une dispense d'affiliation dont il doit alors justifier à l'égard de chaque organisme qui l'emploie, le guide au sens de l'article 2 du présent accord s'engage à une adhésion de 12 mois qu'il acquitte en totalité et mensuellement par prélèvement de l'organisme assureur.

A l'occasion de chaque journée d'intervention, l'organisme de tourisme lui remboursera 1/20 du montant de la part patronale de la cotisation mensuelle ; ce remboursement correspond à la part patronale de la cotisation effectivement due à l'organisme assureur ; elle a la même nature sociale et fiscale qu'elle.

c) L'article 5.1.b définit, de façon indissociable, les modalités de financement des garanties collectives et obligatoires fondées sur la solidarité professionnelle.

5.2. L'affiliation des ayants droit est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire. L'affiliation aux garanties supplémentaires est financée par une cotisation mensuelle supplémentaire.

Les cotisations visées au présent article 5.2 sont à la charge exclusive du salarié et pourront évoluer indépendamment de celle du salarié du régime de base.

## **Article 6**

### **Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

L'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la structure. Dans une telle hypothèse, la structure verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

## **Article 7**

### **Cessation des garanties**

7.1. Le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit cessent de bénéficier des garanties

obligatoires et, le cas échéant, supplémentaires à la date d'effet de la rupture ou de la cessation du contrat de travail du salarié, à l'exception des guides du 5.1.b.

Toutefois, le salarié qui, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, justifie auprès de l'organisme assureur de son dernier employeur être pris en charge au titre de l'assurance chômage pendant une durée minimale de 1 mois conserve le bénéfice des garanties obligatoires, dans les conditions de durée définies par la loi et sans avoir à verser de cotisations.

Les ayants droit du salarié, lorsqu'ils étaient affiliés à la couverture, bénéficient de la portabilité dans les mêmes conditions que celles visées à l'alinéa qui précède, sous réserve de conserver leur qualité d'ayant droit.

Les garanties supplémentaires peuvent être maintenues sous réserve que le salarié continue à verser les cotisations requises.

7.2. La cessation des garanties facultatives intervient dès que cessent les garanties obligatoires.

## **Article 8**

### **Organisme recommandé**

8.1. Dans l'objectif de faciliter la gestion de la couverture santé pour toutes les entreprises de la branche, les partenaires sociaux ont décidé, au terme de la procédure définie aux articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, de recommander l'organisme assureur IPSEC Prévoyance.

Par l'effet de cette recommandation qui a donné lieu à l'établissement d'un contrat d'assurance cadre établi par IPSEC Prévoyance et auquel peuvent adhérer toutes les entreprises de la profession aux conditions identiques notamment de cotisations, IPSEC Prévoyance bénéficie de la recommandation de la branche, de telle sorte qu'il est chargé, par les signataires du présent avenant, d'informer les organismes de tourisme de l'existence du présent avenant et de recueillir, autant qu'ils le souhaiteront, leurs adhésions. Les relations entre la profession et IPSEC Prévoyance font l'objet de conventions distinctes précisant les engagements d'IPSEC Prévoyance.

La recommandation vaut, sauf résiliation à l'initiative des signataires du présent avenant, jusqu'au 31 décembre 2020. Les partenaires sociaux seront réunis au plus tard dans le courant du premier semestre 2020 pour examiner toute nouvelle recommandation.

8.2. Dans des conditions qui seront définies par convention telle que visée à l'article 8.1, IPSEC Prévoyance crée un fonds social de solidarité garantissant des prestations à degré élevé de solidarité qui sera alimenté par 2 % des cotisations.

Ce fonds social est utilisé pour financer les actions visées à l'article 4.2.

## **Article 9**

### **Durée**

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Il pourra, moyennant un préavis de 6 mois, être dénoncé dans les conditions prévues aux articles L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail.

Cette dénonciation devra être notifiée à l'ensemble des autres signataires par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans ce cas, le collège employeurs et les organisations syndicales représentatives se réuniront pendant la durée du préavis pour discuter les possibilités d'un nouvel accord.

## **Article 10**

### **Suivi de la couverture**

La commission paritaire assure le suivi de la couverture santé instituée par le présent accord. A ce titre, elle reçoit les rapports périodiques (ou pluriannuels) établis par l'organisme recommandé.

Elle analyse la situation de la couverture et notamment le taux d'adhésion des entreprises à l'assureur recommandé.

La commission paritaire évoque la situation de la couverture à l'occasion d'au moins deux réunions chaque année, dont l'une est organisée au cours des mois de septembre ou d'octobre.

La commission paritaire pourra inviter l'organisme assureur à participer à ces réunions.

## **Article 11**

### **Communication**

Le texte du présent accord, une fois signé, sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives. Il fera l'objet de publicité au terme du délai d'opposition.

## **Article 12**

### **Application**

12.1. Le présent accord prend effet au premier jour suivant la publication au Journal officiel de l'arrêté décidant de son extension, sous réserve que l'arrêté d'extension ne comporte ni réserve ni exclusion.

Il est toutefois rappelé que si cette publication devait intervenir après le 31 décembre 2015, tous les organismes de tourisme seront néanmoins tenus, à compter du 1er janvier 2016, de faire bénéficier leurs salariés des garanties prévues par les articles D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Compte tenu de cette obligation, l'organisme d'assurance recommandé en application de l'article 7 s'est engagé à accepter l'adhésion des entreprises aux conditions définies par le présent avenant dès le 1er janvier 2016 même en l'absence d'arrêté d'extension à cette date.

12.2. Le présent accord peut être modifié conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 et suivants du code du travail. Le présent accord peut être dénoncé, indépendamment de la convention collective nationale des organismes de tourisme, chaque année à effet du 31 décembre, sous réserve que la dénonciation a été signifiée au moins 6 mois avant ce terme.

## **Annexe**

### **Régime conventionnel de santé complémentaire pour l'ensemble du personnel**

Prestations en complément des remboursements de la sécurité sociale dans la limite des frais réels

Nature des garanties	Panier de soins minimum (selon	Base	Option 1	Option 2
----------------------	--------------------------------	------	----------	----------

	décret n° 2014-1025  du 8 septembre 2014)			
<b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale acceptée par la sécurité sociale</b> (établissements conventionnés ou non, y compris maternité)				
Frais de séjour	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Honoraires médicaux (**)	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Honoraires chirurgicaux (**)	Ticket modérateur	Ticket modérateur	150 % BR	300 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation actes coûteux	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Transport accepté par la sécurité sociale	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Lit accompagnant enfant hospitalisé	–	–	15 € par nuit	15 € par nuit
Chambre particulière	–	–	30 € par jour	50 € par jour
<b>Actes médicaux courants acceptés par la sécurité sociale</b>				
Consultations, visites de généralistes (**)	Ticket modérateur	Ticket modérateur	50 % BR	80 % BR
Consultations, visites de spécialistes et professeurs (**)	Ticket modérateur	50 % BR	100 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Actes techniques médicaux (**)	Ticket modérateur	50 % BR	100 % BR	200 % BR
Analyses	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Radiologie (**)	Ticket modérateur	Ticket modérateur	150 % BR	300 % BR
Participation	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

actes coûteux (forfait 18 €)				
Transport accepté par la sécurité sociale	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
<b>Pharmacie</b>				
Pharmacie à service médical rendu fort (ex. vignettes blanches)	Ticket modérateur (base TFR)	Ticket modérateur (base TFR)	Ticket modérateur (base TFR)	Ticket modérateur (base TFR)
Pharmacie à service médical rendu modéré (ex. vignettes bleues)	–	Ticket modérateur (base TFR)	Ticket modérateur (base TFR)	Ticket modérateur (base TFR)
Pharmacie à service médical rendu faible (ex. vignettes orange)	–	–	–	Ticket modérateur (base TFR)
<b>Dentaire</b>				
Soins dentaires pris en charge par la sécurité sociale (**)	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Prothèses dentaires figurant dans la nomenclature	55 % BR	130 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	25 % BR	50 % BR	100 % BR	200 % BR
Implantologie	–	–	200 € (*)	300 € (*)
Orthopédie, prothèses médicales (hors dentaires)				
Orthopédie et prothèses médicales prises en charge par la sécurité sociale	Ticket modérateur	Ticket modérateur	100 % BR	200 % BR
<b>Optique : une paire de lunettes par bénéficiaire tous les 2 ans, sauf changement de dioptrie supérieur à 0,5</b>				



<b>(tous les ans pour les mineurs)</b>				
Monture prise en charge par la sécurité sociale	Par paire de lunettes :  100 € si verres simples,  200 € si verres complexes,  150 € si verres mixtes	50 €	100 €	150 €
Lentilles prises en charge ou non par la sécurité sociale et jetables		50 € (*)	100 € (*)	150 € (*)
Opération chirurgie laser		–	200 € (*)	300 € (*)
<b>Verre unifocal pris en charge par la sécurité sociale (par verre)</b>				
Dioptrie de 0 à 4		30 €	50 €	70 €
Dioptrie de 4,25 à 6		50 €	80 €	100 €
Dioptrie de 6,25 à 8		80 €	110 €	130 €
Dioptrie > 8		120 €	140 €	160 €
<b>Verre multifocal pris en charge par la sécurité sociale (par verre)</b>				
Dioptrie de 0 à 4		100 €	140 €	160 €
Dioptrie de 4,25 à 6		130 €	170 €	190 €
Dioptrie de 6,25 à 8		160 €	200 €	220 €
Dioptrie > 8		210 €	250 €	270 €
<b>Divers</b>				
Cures thermales	–	–	Ticket modérateur	Ticket modérateur
Ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens, diplômés	–	–	20 € par séance  (maxi 4 *)	20 € par séance  (maxi 6 *)

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale, soit en 2015 : 3 170 €.

RSS : remboursements de la sécurité sociale.

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité.

TM : ticket modérateur.

(\*) Par an et par bénéficiaire.

(\*\*) Attention : remboursement honoraires limité et/ou minoré si médecin non adhérent au contrat d'accès aux soins selon règles du décret « Contrat responsable »