

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES TRANSPORTS ROUTIERS
ET DES ACTIVITES AUXILIAIRES DU TRANSPORT

ACCORD du 24 mai 2011
instaurant une obligation conventionnelle de souscrire
une complémentaire santé minimum
dans les entreprises de transport routier de voyageurs

Conclu entre :

L'Union des Fédérations de Transport - UFT, mandatée par la Fédération Nationale des Transports de Voyageurs - FNTV, représentée par MM. SEYT, WEUGUE, MIQUEL et Mme GILBERT PERRON,

L'Union Nationale des Organisations Syndicales des Transporteurs Routiers Automobiles - UNOSTRA, représentée par M. ERIC VALADE

L'Organisation des Transporteurs Routiers Européens - OTRE, représentée par M.

d'une part,

La Fédération générale des transports et de l'équipement FGTE-CFDT, représentée par M. Charles NORIT
BRISE PATRID

La Fédération générale CFTC des transports, représentée par M. Jacqueline FERON

La Fédération nationale des chauffeurs routiers FNCR représentée par M. DEVASCONCELOS Philippe
PIGEON Raymond
RICORDEAU Irene

La Fédération nationale des syndicats de transports CGT représentée par M.

La Fédération nationale des transports et de la logistique FO-UNCP, représentée par M.

Le Syndicat national des activités du transport et du transit CFE-CGC représenté par Mme LEROY Veronique
FABIENNE
N. NAZIER Fabien

d'autre part.

JLS FN RP.
 PA
R HP DVP
 CR AV
 EP AW EU

Dans la continuité des dispositifs de prévoyance instaurés conventionnellement dans le secteur du transport routier de voyageurs, les partenaires sociaux ont souhaité mettre en place une nouvelle obligation conventionnelle consistant en la souscription d'un régime obligatoire de remboursements complémentaires de frais de soins de santé au profit de salariés des entreprises de transport routier de voyageurs visés dans le présent accord.

Le présent accord ne saurait remettre en cause les contrats obligatoires préexistants dans les entreprises qui respectent les conditions de contribution fixées ci-après.

ARTICLE 1 - CHAMPS D'APPLICATION

1. Entreprises

Le présent accord est applicable aux entreprises de transport routier de voyageurs visées à l'article 1 de la Convention collective nationale des transports routiers et des activités auxiliaires du transport, à savoir les entreprises enregistrées sous les codes NAF 49.39A et 49.39B.

2. Salariés bénéficiaires

Le présent accord, sous réserve des dispositions qui suivent, s'applique à l'ensemble des salariés (ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) des entreprises susvisées. Les cas spécifiques de maintien des droits sont visés à l'article 6 du présent accord.

Dans les situations suivantes, les salariés peuvent néanmoins être dispensés d'adhésion :

- lors de la mise en place, pour la première fois, d'une couverture santé dans l'entreprise :
 - les salariés déjà couverts par des garanties frais de soins de santé à titre obligatoire (par exemple par son conjoint ou assimilé tel que défini ci-après)
 - les salariés déjà couverts par des garanties frais de soins de santé à titre individuel, pour la durée restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du présent régime et la date d'échéance du contrat individuel.
- lors de la mise en place, pour la première fois, d'une couverture santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche :
 - les salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU-C) jusqu'à l'échéance de leurs droits ;
 - les salariés sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois,
 - les salariés à employeurs multiples bénéficiant d'une couverture de frais de soin de santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
 - les salariés à temps très partiel qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération ;
 - pour les couples travaillant dans la même entreprise, il est offert la possibilité de s'affilier ensemble ou séparément (un des deux membres du couple pouvant être ayant droit de l'autre affilié en propre).

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

Handwritten notes and signatures in blue ink:

FN JLF
RP
DVP
RP CM
ds en RP EV

3. Ayants droit

Les salariés visés au point 2 de l'article 1 du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint couvert ou non par la Sécurité Sociale à titre d'ayant droit du salarié. Est assimilé au conjoint, le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la Sécurité Sociale faisant foi) ainsi que la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- le ou les enfant(s) de moins de 21 ans considérés comme ayants droit par la Sécurité Sociale au titre de l'assuré, de son conjoint, de son concubin, ou de la personne liée par un pacte civil de solidarité. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire :
 - pour les enfants affiliés à la Sécurité Sociale des étudiants,
 - pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi,
 - pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

ARTICLE 2 - GARANTIES

Les garanties instituées par les contrats conclus en application du présent accord doivent s'inscrire dans le cadre des contrats responsables se conformant au cahier des charges de ce type de contrats.

Les garanties ont pour objectif de compléter les remboursements de la Sécurité Sociale et sont exprimées en complément des prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité Sociale et dans la limite du reste à charge acte par acte (hors pénalités, franchises et contributions) :

- soit sur la base des remboursements effectués par la Sécurité Sociale (RSS) ;
- soit sur la base des remboursements utilisés par la Sécurité Sociale (BR) ;
- soit selon un remboursement forfaitaire exprimé de manière monétaire ou en fonction du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ;
- soit en % des frais réels sous déduction des prestations de la Sécurité Sociale ;
- soit en % du ticket modérateur défini comme la différence entre la base de remboursement utilisée par la Sécurité Sociale et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Les garanties instituées par les contrats conclus en application du présent accord doivent répondre aux exigences de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et de son décret d'application, notamment :

- les obligations minimales de prise en charge des consultations et prescriptions du médecin traitant ;
- les obligations minimales de prise en charge des médicaments remboursables par l'assurance maladie obligatoire (vignettes blanches) ;
- la prise en charge de deux des prestations de prévention listées à l'Arrêté du 8 juin 2006, pris pour l'application de l'article R.871-2 du code de la Sécurité Sociale ;
- la non-prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés (hors secteur I) et de la majoration de participation du patient en cas de non respect du parcours de soins ;
- la non-prise en charge de la participation forfaitaire et des franchises respectivement prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité Sociale, dont les montants sont fixés par décret.

Handwritten notes in blue ink:

FS FN
RP I PO HS
RP CM JVP
db 09 RW EU

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

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

Le gestionnaire procède aux versements des prestations au vu des décomptes originaux des prestations en nature, ou le plus souvent grâce à la télétransmission établie avec les caisses primaires d'assurance maladie, ou le cas échéant encore sur pièces justificatives des dépenses réelles. Les prestations garanties sont versées soit directement aux salariés, soit aux professionnels de santé par tiers payant.

ARTICLE 3 - CHOIX DE L'ORGANISME ASSUREUR

Pour la mise en place du régime ou pour chaque renouvellement du contrat, le choix de l'organisme assureur est laissé à la libre appréciation de chaque entreprise après avis du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel lorsqu'ils existent.

A défaut de choix d'un organisme assureur à la fin du délai de six mois visé à l'article 7 du présent accord, l'entreprise contractera, pour un délai minimum de 3 ans, auprès de l'organisme ou d'un des organismes désignés par la Commission spécifique « Appel d'offres » visée à l'article 9 du présent accord afin de mettre en place un dispositif respectant les dispositions du présent accord.

A l'issue de ce délai, l'entreprise pourra soit choisir de contracter avec le ou un des organismes désignés par la Commission « Appel d'offres » soit opter pour un autre organisme assureur, dans les conditions de financement du présent accord, étant noté que le changement d'opérateur doit se faire sans rupture temporelle de la couverture « frais de santé » des salariés.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS FAITES AUX ORGANISMES ASSUREURS RETENUS

L'organisme assureur doit respecter les dispositions légales et réglementaires en vigueur ainsi que leur évolution.

Ainsi, conformément aux dispositions légales, une notice d'information, délivrée à l'employeur par l'organisme assureur retenu par l'entreprise, sera obligatoirement remise par l'employeur à chaque salarié de l'entreprise afin de lui faire connaître les caractéristiques du contrat signé.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'organisme assureur retenu par l'entreprise est tenu de proposer une couverture identique à destination des personnes visées par l'article 4 de la Loi du 31 décembre 1989, dans la limite d'une cotisation fixée au maximum à 150 % de la cotisation totale (part salariale et part patronale) d'un actif.

L'organisme assureur retenu par l'entreprise prend en charge la suite des états pathologiques nés antérieurement à l'entrée en vigueur du présent accord.

Handwritten notes in blue ink:

FN
MLC RP P PA JAP
RR CM DVP
hp eg Pw EU