

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE LA LIBRAIRIE

Contrat collectif obligatoire Frais de santé

Conditions générales

CG FS – CCO - CCN Librairie - v 20160101

SOMMAIRE

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1. Base légale et documents contractuels	4
ARTICLE 2. Objet et champ d'application	4
ARTICLE 3. Bénéficiaires du régime	4
ARTICLE 4. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT	7
ARTICLE 5. PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT	8
ARTICLE 6. RESILIATION	8
ARTICLE 7. RECOURS – PRESCRIPTION DES ACTIONS	9
ARTICLE 8. FONDS SOCIAL	10
ARTICLE 9. CONFIDENTIALITE	10
ARTICLE 10. SECRET PROFESSIONNEL ET MEDICAL	10
ARTICLE 11. INFORMATIQUE ET LIBERTES	10
ARTICLE 12. CONTROLE	11
ARTICLE 13. RECLAMATIONS – MEDIATION	11
TITRE II – GARANTIES ET COTISATIONS	13
ARTICLE 14. ETENDUE DES GARANTIES	13
ARTICLE 15. LEXIQUE	13
ARTICLE 16. DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE	14
ARTICLE 17. LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIE FRAIS DE SANTE	16
ARTICLE 18. DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS	17
ARTICLE 19. MODALITES ET DELAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	17
ARTICLE 20. LES ACTES DE PREVENTION	17
ARTICLE 21. L'ASSISTANCE	18
ARTICLE 22. MAINTIENS DES GARANTIES	18
ARTICLE 23. COTISATIONS	21

PREAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle de la Librairie (Convention collective nationale de la Librairie ; IDCC 3013 ; Brochure n° 3252) ont choisi de mettre en place un régime de remboursement des frais de santé par accord signé le 2 juillet 2015, à effet du 1^{er} janvier 2016.

Selon les termes de cet accord, les partenaires sociaux ont décidé de recommander, au sens de l'article L912-1 du code de la Sécurité sociale, un organisme unique pour l'assurance des garanties frais de santé, ainsi que pour la gestion de l'ensemble des garanties :

IPSEC

Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale,
agrée sous le numéro 675, dont le n° SIRET est 775 666 357 00063,
et dont le siège social se situe : 16-18, place du Général CATROUX à PARIS (17^{ème})

Le régime mis en place prévoit l'accès aux garanties collectives de tous les salariés des entreprises dont l'activité principale au 1^{er} janvier 2016 relève du champ d'application territorial et professionnel de la CCN de la Librairie. Ce régime est accessible sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille de ces salariés.

Il développe également un degré élevé de solidarité destiné à promouvoir une politique active de prévention, d'action sociale pour les populations les plus fragiles et de maintien des garanties pour certains salariés, anciens salariés et ayants droit dans des conditions privilégiées.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. Base légale et documents contractuels

Le contrat conclu entre l'Institution et l'entreprise entrant dans le champ d'application de la CCN de la Librairie, ci-après dénommée l'Adhérent, est régi par le livre IX du Code de la Sécurité sociale.

Il est constitué des documents suivants, par ordre de priorité croissante :

- des Statuts de l'Institution ;
- des présentes Conditions générales ;
- du bulletin d'adhésion, complété et signé par chaque Adhérent, qui formalise l'acceptation de la demande d'adhésion de celui-ci.

ARTICLE 2. Objet et champ d'application

Le contrat conclu entre l'Institution et l'Adhérent est un contrat collectif obligatoire, répondant aux conditions du contrat solidaire et responsable tel que défini par le Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 3. Bénéficiaires du régime

Article 3.1- Les Participants**3.1.1 - Définition**

Les garanties prévues au contrat bénéficient à l'ensemble des salariés de l'Adhérent ci-après dénommés les Participants, sous réserve des éventuelles dispenses d'affiliation que l'Adhérent aurait prévu dans son acte juridique instituant ou modifiant le régime collectif obligatoire.

Sont concernés :

- les salariés en activité ;
- les salariés en arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale ;
- les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité, ainsi que les salariés en formation.

L'affiliation de ces salariés entre en vigueur :

- dès la date d'effet du contrat ;
- dès la date d'embauche des Participants si celle-ci est postérieure ;

Les salariés dispensés d'affiliation aux termes de l'acte juridique de mise en place ou de modification du régime de l'Adhérent pourront à tout moment solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion aux garanties stipulées au Contrat.

Dans ce cas, leur affiliation prendra effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Elle sera alors irrévocable.

3.1.2 – Formalités d’affiliation

Dans le mois qui suit la date d’effet des garanties, l’Adhérent doit communiquer à l’Institution les informations nécessaires à l’affiliation de son personnel, à l’aide de supports de transmission d’informations dont la nature et le contenu sont au préalable convenus entre l’Adhérent et l’Institution.

Tout événement affectant le contrat de travail du Participant doit faire l’objet d’une information que l’Adhérent s’engage à communiquer à l’Institution dans le mois suivant cet événement, grâce aux supports indiqués au paragraphe précédent.

L’Adhérent n’aura plus à accomplir les formalités indiquées aux deux alinéas précédents lorsqu’il mettra en œuvre la DSN dans toutes ses phases.

3.1.3 - Entrée en vigueur des changements de garanties

Les nouvelles garanties s’appliqueront :

- à compter de la date d’effet de ce changement pour :
 - les salariés en activité ;
 - les salariés en arrêt de travail indemnisés par la Sécurité sociale ;
 - les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité, ainsi que les salariés en formation.
- à compter du jour de leur reprise effective de travail pour les participants dont le contrat de travail est suspendu à la date de prise d’effet du changement de garanties pour un motif autre que ceux cités au point précédent.

3.1.4 - Cessation des droits du participant

Le droit à garantie cesse, sans préjudice des dispositions relatives au maintien des garanties, pour chaque participant et ses ayants droit à la date d’effet de l’un quelconque des événements suivants :

- résiliation du contrat ;
- sortie du participant des effectifs de l’adhérent.

Article 3.2 – Ayants droit du Participant

Les ayants droit du Participant, tels que définis ci-dessous, peuvent bénéficier des mêmes garanties que le Participant, sous réserve des conditions exposées ci-après.

Article 3.2.1.Définition

Sont ayants droit du participant au sens des présentes Conditions générales :

- le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement à la date de l’évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au salarié par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- la personne vivant en concubinage avec le salarié. Conformément à l'article 515-8 du Code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de

stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple,

- les enfants à charge. Sont considérés comme enfants à charge du salarié :
 - Les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 21 ans, ne pas exercer d'activité professionnelle rémunérée et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité Sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,
 - Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Article 3.2.2. Caractère obligatoire ou facultatif de l'affiliation des ayants droit

L'Adhérent a le choix de couvrir le Participant et ses ayants droit à titre obligatoire ou facultatif, conformément aux dispositions de son acte juridique instituant ou modifiant les garanties collectives. L'Adhérent précise son choix sur le bulletin d'adhésion.

Dans les deux cas, les ayants droit du Participant bénéficieront du même niveau de garanties que le Participant. Leur couverture donnera lieu au paiement des cotisations y afférent dans les conditions stipulées aux présentes Conditions générales.

a) Affiliation facultative des ayants droit du Participant

Le Participant peut choisir d'affilier un ou plusieurs de ses ayants droit tels que définis aux présentes Conditions générales.

Les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du Participant si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois civil qui suit la date de réception par l'Institution de la demande d'affiliation de l'ayant droit, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du Participant et justifiée par un changement de situation familiale.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par « changement de situation familiale » tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'ayant droit du Participant, telle que définie aux présentes

Conditions générales, ou de mettre un terme à cette qualité. Il peut notamment s'agir d'un mariage, de la conclusion d'un PACS ou de la naissance d'un enfant.

b) Affiliation obligatoire des ayants droit du Participant

Lorsque l'affiliation des ayants droit du Participant est obligatoire, les garanties bénéficient à l'ensemble de ses ayants droit tels que définis aux présentes Conditions générales.

Les droits à garantie sont ouverts :

- à la même date que ceux du Participant ;
- à la date du changement de situation familiale dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation familiale, sous réserve que l'Institution reçoive la demande dans les 3 mois qui suivent ce changement. À défaut, l'affiliation de l'ayant droit prendra effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'affiliation par l'Institution.

Pour l'application du présent article, il faut entendre par « changement de situation familiale » tout événement permettant d'attribuer à une personne la qualité d'ayant droit du Participant, telle que définie aux présentes Conditions générales, ou de mettre un terme à cette qualité. Il peut notamment s'agir d'un mariage, de la conclusion d'un PACS ou de la naissance d'un enfant.

ARTICLE 4. OBLIGATIONS DE L'ADHERENT

Article 4.1 - Obligations déclaratives

L'adhérent s'engage à :

- Communiquer à l'Institution le bulletin de situation dûment renseigné par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant :
 - soit la date d'effet du contrat,
 - soit la date de l'entrée en fonction du participant.
- Déclarer à l'Institution tout membre du personnel qui, au cours du contrat, quitte l'entité employeur, en précisant la date et le motif du départ ou de la mutation. Cette déclaration doit être effectuée dans les 30 jours de l'événement ;
- Déclarer trimestriellement à l'Institution sur ses bordereaux d'appel de cotisations, son effectif sur le trimestre ;
- Communiquer annuellement à l'Institution, au plus tard le 28 Février de l'année N+1, le formulaire type de Déclaration de Régularisation Annuelle des Salaires (DRAS) dûment complété. De même, il communique, sur demande de l'Institution, une copie de sa Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) correspondant à l'exercice N telle qu'elle a été adressée à l'administration fiscale ou selon la norme informatique DADS CRC ou DADS-U (Déclaration Automatique des Données Sociales Unifiées).
- Payer à l'Institution les cotisations dues aux échéances et selon la périodicité définies aux présentes conditions générales.

Lorsque l'Adhérent mettra en œuvre la déclaration sociale nominative (DSN) dans toutes ses phases :

- la communication du bulletin de situation sera nécessaire pour la seule affiliation des éventuels ayants droit du participant ;
- il n'aura plus à accomplir les formalités indiquées aux tirets 2, 3 et 4 ci-dessus.

Article 4.2 - Information des participants

L'Institution rappelle à l'Adhérent les obligations d'information des Participants qui lui incombent en vertu notamment des dispositions de l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifié par la loi n° 94-678 du 8 août 1994, en sa qualité de souscripteur d'un contrat collectif et obligatoire.

L'Institution remet à l'Adhérent une notice d'information relative au contrat qu'il a souscrit, laquelle définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. La notice d'information précise également les cas de nullités, déchéances, exclusions et limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

L'Adhérent a l'obligation d'assurer la remise de cette notice à son personnel assuré.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Participants, l'Institution établit une nouvelle notice dont l'Adhérent a la charge et la responsabilité de diffusion auprès de son personnel assuré.

En tout état de cause, la preuve de la remise de la notice aux Participants et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Adhérent.

ARTICLE 5. PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat entre en vigueur à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Il produit effet pour toute la durée de la recommandation prévue par la CCN de la Librairie.

ARTICLE 6. RESILIATION

Article 6.1 - Redressement ou liquidation judiciaire de l'Adhérent

En cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent, l'Institution peut résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jugement de redressement ou de liquidation judiciaire, conformément aux dispositions de l'article L932-10 du Code de la Sécurité sociale.

Article 6.2 - Cessation d'activité de l'Adhérent

La résiliation du contrat par l'Institution est de plein droit en cas de cessation d'activité de l'Adhérent.

ARTICLE 7. RECOURS – PRESCRIPTION DES ACTIONS

Article 7.1 - Recours judiciaire

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du contrat d'adhésion seront soumises à la juridiction compétente dans les conditions prévues par la loi.

Article 7.2 - Recours subrogatoire

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action s'exerce dans le cadre des dispositions de la loi n°85-677 du 5 Juillet 1985 modifiée par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Article 7.3 - Prescription

Toute action dérivant de l'application des présentes dispositions est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, du participant, de l'ayant droit ou du bénéficiaire contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, le participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Participant ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 8. FONDS SOCIAL

L'Institution gère un fonds social destiné notamment à l'attribution d'aides individuelles aux participants lorsque leur situation matérielle et /ou leur état de santé le justifie.

L'action du fonds social est financée par :

- une enveloppe annuelle dont le montant est exprimé en pourcentage des cotisations encaissées. Le pourcentage est fixé par délibération de l'assemblée générale extraordinaire de l'Institution. Cette enveloppe est dotée par un prélèvement sur le résultat de l'Institution ou, le cas échéant, sur les réserves constituées ;
- toute autre dotation décidée par le Conseil d'administration et votée par l'assemblée générale ordinaire.

Le Conseil d'administration détermine chaque année lors de l'établissement du budget de l'Institution pour l'année suivante, la nature et l'enveloppe financière des aides qui seront attribuées au titre du fonds social, ainsi que leurs conditions et modalités d'attribution.

Il peut déléguer à une Commission le pouvoir de gérer le fonds social. Il fixe la composition et les attributions de cette Commission conformément aux dispositions des statuts.

En complément de l'action sociale institutionnelle décrite ci-avant, un fonds de solidarité dédié à la branche pourra intervenir dans des conditions déterminées par les partenaires sociaux.

ARTICLE 9. CONFIDENTIALITE

L'Institution et l'Adhérent sont tenus l'un envers l'autre de préserver, pendant la durée du contrat et après son extinction, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'ils auront pu se communiquer ou dont ils auraient pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat d'adhésion.

En particulier, l'Institution est tenue envers l'Adhérent de conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

ARTICLE 10. SECRET PROFESSIONNEL ET MEDICAL

Conformément à l'article 226-13 du Code pénal, l'Institution est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

ARTICLE 11. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Participant peut obtenir communication et rectification des renseignements le concernant figurant dans les fichiers

informatiques de l'Institution en adressant une demande écrite à : IPSEC - 16-18, place du Général CATROUX
75848 PARIS CEDEX 17.

ARTICLE 12. CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Institution est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) –
61, rue TAITBOUT - 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 13. RECLAMATIONS – MEDIATION

Article 13.1 - Procédure de réclamation

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité, sans préjudice des actions qu'ils peuvent exercer par ailleurs, de contacter la Mission Qualité de l'IPSEC pour la gestion des réclamations concernant l'exécution du contrat.

La réclamation doit être adressée aux coordonnées suivantes : IPSEC - Mission Qualité - 16-18, place du Général CATROUX - 75848 PARIS CEDEX 17.

La réclamation fait l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix jours ouvrables à compter de sa date de réception, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai.

L'Institution s'engage à apporter une réponse à l'Adhérent ou au Participant dans un délai de deux mois à compter de cette même date. Toutefois, des circonstances particulières peuvent nécessiter un délai supplémentaire. Dans cette hypothèse, l'Institution en informe l'Adhérent ou le Participant.

Article 13.2 - Procédure de médiation auprès du médiateur du CTIP

À défaut d'accord entre les parties au terme de la procédure de règlement des réclamations énoncée ci-dessus, celles-ci peuvent faire appel au médiateur du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

En tant que membre du CTIP, l'Institution adhère à la Charte de médiation des institutions de prévoyance et de leurs unions. À ce titre, dans les limites de deux fois par an, le médiateur peut être saisi par :

- l'Adhérent ;
- le Participant ;
- les bénéficiaires de prestations ;
- les ayants droit du participant.

L'Institution ne saisit le médiateur que si l'autre partie au litige ne s'y oppose pas.

Le médiateur ne peut être saisi lorsque le litige porte sur :

- le motif de la résiliation d'un contrat ;
- l'augmentation des cotisations ;
- le recouvrement des cotisations ;
- l'action sociale menée par l'Institution.

La procédure de médiation est une procédure gratuite et écrite. La partie qui saisit le médiateur lui envoie un dossier complet par courrier aux coordonnées suivantes : Le Médiateur du CTIP - 10, rue CAMBACERES - 75008 PARIS.

Le médiateur peut faire appel à tout expert qu'il juge utile pour mener à bien sa mission. Il dispose de 5 mois pour rendre son avis écrit et motivé. Toutefois, il peut se ménager un délai supplémentaire si cela lui paraît indispensable.

Les parties n'ont pas l'obligation de respecter l'avis du médiateur.

Tout recours contentieux engagé par l'une des parties et ayant le même objet que la saisine du médiateur met immédiatement fin à la procédure de médiation.

TITRE II – GARANTIES ET COTISATIONS

ARTICLE 14. ETENDUE DES GARANTIES

Les garanties stipulées au contrat comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention et une garantie assistance.

Les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

ARTICLE 15. LEXIQUE

ABREVIATION	SIGNIFICATION	DEFINITION
BR	Base de remboursement	Tarif à partir duquel la Sécurité sociale détermine ses remboursements : • tarif conventionnel pour le secteur conventionné ; • tarif d'autorité pour le secteur non conventionné.
-	Établissement conventionné	Un établissement conventionné est soumis à un encadrement de la tarification des frais d'hospitalisation par convention avec la Sécurité sociale.
-	Établissement non conventionné	Les frais de séjour et les honoraires sont fixés librement par l'établissement et les praticiens.
CCAM	Classification commune des actes médicaux	Depuis le 1 ^{er} juin 2014, les dentistes doivent codifier les actes bucco dentaires en CCAM à l'exception de l'orthodontie.
FR	Frais réels	Dépense réellement engagée.
-	Hors nomenclature	Actes non codifiés et non remboursés par la Sécurité sociale.
MR	Montant du remboursement	Remboursement de la Sécurité sociale.
PMSS	Plafond mensuel de la Sécurité sociale	Certaines de nos prestations sont calculées par référence à la valeur du plafond mensuel de la Sécurité sociale en cours au moment des soins. Il est revalorisé par les pouvoirs publics une fois par an.
-	Professionnel de santé conventionné	Les professionnels de santé conventionnés sont soumis à un encadrement de la tarification de leurs actes par convention avec la Sécurité sociale. Il comprend 2 secteurs : • le secteur 1 : le tarif conventionnel est appliqué. Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés que dans des cas particuliers (dépassement permanent autorisé selon le statut du praticien, dépassement pour exigence particulière du patient) ; • le secteur 2 : les dépassements d'honoraires sont autorisés, dès lors qu'ils sont fixés avec tact et mesure mais ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

-	Professionnel de santé non conventionné	Le secteur 3 : Les honoraires sont fixés librement. La Sécurité sociale, ainsi que l'IPSEC appliquent le tarif d'autorité pour établir ses remboursements.
	Remboursement Sécurité sociale	Montant remboursé par la Sécurité sociale = BR multipliée par le taux de remboursement applicable à un acte donné.
SS	Sécurité sociale	-
TA	Tarif d'autorité	Tarif appliqué par la Sécurité sociale pour les actes dispensés par un professionnel de santé non conventionné.
TC	Tarif conventionnel	Tarif appliqué par la Sécurité sociale pour les actes dispensés par un professionnel de santé conventionné.
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité	Base de remboursement de la Sécurité sociale pour un médicament générique.
TM	Ticket modérateur	Différentiel entre la BR et le montant remboursé par la Sécurité sociale.

ARTICLE 16. DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

Les prestations présentées dans le tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale hormis pour la garantie Optique.

Lorsque les prestations et les plafonds de garantie sont exprimés en fonction du plafond annuel ou mensuel de la Sécurité sociale, la valeur de celui-ci est celle en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice d'assurance.

	SOCLE	CONFORT (sous déduction du socle)	CONFORT + (sous déduction du socle)
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)*			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100% BR	150% BR	300% BR
Honoraires facturés par un médecin Secteur 1 ou adhérent au CAS**	120% BR	170% BR	300% BR
Honoraires facturés par un médecin non adhérent au CAS**	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière hors maternité	-	64 € / jour	64 € / jour
Chambre particulière maternité	64 € / jour	64 € / jour	64 € / jour
Lit accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans	32 € / jour	32 € / jour	32 € / jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS*			
Consultations / visites médecins ¹	120% BR	144% BR	200% BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux ¹	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ¹	100% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	130% BR	200% BR
Participation forfaitaire actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR

Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
¹ Complément pour les médecins Secteur 1 ou adhérents CAS**	+ 30% BR	+ 36% BR	+ 50% BR
PHARMACIE*			
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE*			
Soins dentaires hors inlays / onlays remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR
Prothèses dentaires / inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale	125% BR	250% BR	350% BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	125% BR	250% BR	350% BR
Implants refusés par la Sécurité sociale (par an et par personne)	-	-	317 €
OPTIQUE* (postes limités à 1 équipement tous les 2 ans sauf évolution de la vision ou enfant mineur***)			
A – Verres dits simples avec monture***	150 €	280 €	470 €
B – Verres dits complexes avec monture***	250 €	380 €	570 €
C – Verres dits très complexes avec monture***	350 €	480 €	670 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non / an	150 €	280 €	470 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux / an)	-	-	500 €
MATERNITE*			
Forfait naissance	100 €	100 €	100 €
Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	100 €	100 €	100 €
AUTRES ACTES			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	-	Jusqu'à 2 séances / an limitées à 30 € / séance	Jusqu'à 3 séances / an limitées à 40 € / séance
Sur prescription médicale : - pharmacie non remboursée, y compris moyens contraceptifs - sevrage tabagique, - ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	50 € par an	100 € par an
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	317 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100% BR	200% BR	200% BR
Prothèses auditives	100% BR	254 €	317 €

* : remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables

** : Contrat d'Accès aux Soins conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1

*** : L'équipement optique complet (2 verres + monture) est limité à 1 remboursement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vision médicalement constaté. Cette limitation n'est pas applicable pour les enfants mineurs qui bénéficient d'1 équipement tous les ans.

La part prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. En cas d'équipement mixte composé d'un verre A et B, A et C ou B et C, il est fait application de la moyenne des 2 niveaux de remboursement.

On entend :

- par « verres simples » les verres simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;

- par « verres complexes » les verres simple foyer dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+ 6,00$ dioptries ou dont le cylindre est supérieur à $+ 4,00$ dioptries et à verres multifocaux ou progressifs;
- par « verres très complexes » les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de $- 8,00$ à $+ 8,00$ dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $- 4,00$ à $+ 4,00$ dioptries.

ARTICLE 17. LIMITES ET EXCLUSIONS DE GARANTIE FRAIS DE SANTE

Les prestations dues par l'Institution sont versées sous forme d'un versement complémentaire à celui effectué par la Sécurité Sociale.

Toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L322-2 du Code de la sécurité sociale,
- la part de dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L162-5-3 du Code de la sécurité sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non-respect, par le participant ou le bénéficiaire, du parcours de soins, et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part d'honoraires des actes et prestations pour lesquels le participant ou le bénéficiaire n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel (et/ ou à le compléter), et au-delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- les frais non remboursés par la sécurité sociale, sauf indication contraire aux conditions particulières,
- les frais engagés en dehors de la période de garantie comprise entre la date d'effet du contrat et sa date de résiliation d'une part, et, d'autre part, la date d'entrée du participant dans le groupe assuré (embauche – promotion) et la date de sortie (démission – licenciement - retraite) ; la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale étant seule prise en considération.

Les garanties frais de santé ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne donnent pas lieu à garanties ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

Par ailleurs, les garanties frais de santé respectent les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

En outre, sont exclues des garanties les dépenses, soins ou interventions non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf dans les cas expressément prévus dans le tableau de garanties.

Le total des remboursements effectués par l'Institution, de tout autre organisme complémentaire et de la Sécurité sociale, ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées. En effet, conformément à l'article 9, alinéa 1^{er}, de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit. (...) »

Par ailleurs, en vertu de l'article 2, alinéa 1^{er}, du décret n° 90-769 du 30 août 1990 :

« Pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat d'adhésion peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (...) ».

ARTICLE 18. DELAIS DE PRESENTATION DES DEMANDES DE PRESTATIONS

Les délais prévus ci-dessous sont ceux applicables à la demande initiale de prestations.

La demande initiale de prestations accompagnée des documents justificatifs doit parvenir à l'Institution dans un délai de 3 mois suivant la date du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

Lorsque le délai de présentation de la demande de prestation n'est pas respecté, les prestations à versement unique ne sont pas dues.

Toutefois, quelle que soit la nature des prestations concernées, l'Institution ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait du caractère tardif de la demande de prestations.

ARTICLE 19. MODALITES ET DELAIS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

L'Institution règle ses prestations, notamment par virement bancaire ou postal, auprès du Participant ou de ses Ayants droit, généralement dans les 10 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de l'Institution.

ARTICLE 20. LES ACTES DE PREVENTION

L'Institution prend en charge l'ensemble des actes de prévention définis ci-dessous :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)
- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans)
- Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus :
 - Audiométrie tonale ou vocale

- Audiométrie tonale avec tympanométrie
- Audiométrie vocale dans le bruit
- Audiométrie tonale ou vocale
- Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie
- Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans
- Les vaccinations suivantes seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges
 - Coqueluche : avant 14 ans
 - Hépatite B : avant 14 ans
 - BCG : avant 6 ans
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant
 - Haemophilus influenzae B
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois

ARTICLE 21. L'ASSISTANCE

Les Participants et leurs Ayants droit bénéficient d'une garantie dite « assistance santé », notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès dont les conditions sont proposées par l'intermédiaire de l'Institution par :

FILASSISTANCE INTERNATIONAL

Société anonyme au capital de 3 500 000 € entièrement libéré, régie par le code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social se situe : 108, bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex

Les conditions de mise en œuvre de l'assistance sont déterminées par Filassistance international et décrites dans la notice d'information ad hoc que l'Adhérent s'engage à remettre à ses salariés.

ARTICLE 22. MAINTIENS DES GARANTIES

Article 22.1- Maintien des garanties dans le cadre de la portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit 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 (dispositif appelé « portabilité santé ») dans les conditions de l'article L911-8 du code de la Sécurité sociale :

- 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 de l'assurance 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 un même employeur.
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois.

- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ; les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;
- l'employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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'employeur doit compléter le formulaire de déclaration de sortie des effectifs en sa partie afférente à la portabilité.

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 lesquelles 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 l'ancien salarié 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.

Article 22.2 - Maintien des garanties au profit des anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou ayants droit

22.2.1 - Bénéficiaires de ce maintien

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Évin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité ; les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement ; les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.
- Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

22.2.2 - Conditions de ce maintien

Les taux de cotisations des bénéficiaires visés à l'article ci-dessus sont définis aux présentes Conditions générales.

Une partie des bénéficiaires voit leur cotisation réduite par rapport aux prescriptions légales grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé.

Sous réserve d'être informé, par l'employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l'organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité santé ou du décès du salarié.

Les intéressés peuvent en faire directement la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l'issue de la période de portabilité santé.

Par ailleurs, les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par les présentes Conditions générales au profit des salariés.

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

22.2.3 - Conditions de maintien en cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu :

- pour arrêt de travail, à la condition qu'il soit pris en charge par la Sécurité sociale ;
- pour congé maternité, congé paternité ou formation.

Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes selon les mêmes règles de répartition des contributions salariales et patronales.

Les garanties sont également maintenues au profit des ayants droit du participant, le cas échéant.

En revanche, le bénéfice des garanties est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour un motif autre que ceux exposés ci-dessus.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'Institution en soit informée dans un délai de 3 mois suivant la reprise. À défaut, les garanties ne prendront effet qu'à compter de la réception par l'Institution de la déclaration faite par l'entreprise.

Les garanties sont également suspendues à l'encontre des ayants droit.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Toutefois, les garanties peuvent être maintenues à la demande des salariés, moyennant le paiement de la totalité des cotisations (salariales + patronales) dans les conditions tarifaires spécifiques prévues aux présentes Conditions générales. La demande de maintien de garanties doit être faite auprès de l'Institution dans les 15 jours qui suivent le début de la suspension du contrat de travail.

ARTICLE 23. COTISATIONS

23.1 - Assiette et montant des cotisations

La cotisation des salariés diffère selon :

- que l'Adhérent ait choisi l'affiliation facultative ou obligatoire des ayants droit des salariés ;
- que ceux-ci relèvent du régime général d'assurance maladie ou du régime local d'Alsace-Moselle ;
- du niveau de garanties obligatoires choisi par l'Adhérent.

En tout état de cause, la cotisation mensuelle est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale et comprend les taxes afférentes.

a) En cas d'affiliation des ayants droit facultative

Lorsque l'Adhérent souhaite que seule l'affiliation de ses salariés soit obligatoire, laissant à celui-ci le choix d'affilier ou non ses ayants droit, la cotisation est due par personne assurée, celle afférente à la couverture des ayants droit du Participant s'ajoutant à celle due pour celui-ci. La cotisation par enfant à charge n'est toutefois due que pour les deux premiers enfants.

La cotisation s'élève à :

		Régime général			Régime local		
Niveau de garanties obligatoires :		Socle	Confort	Confort +	Socle	Confort	Confort +
Cotisation par salarié :							
Affiliation obligatoire	Salarié	1,20 %	1,78 %	2,31 %	0,56 %	1,12 %	1,63 %
Cotisation supplémentaire par ayant droit :							
Affiliation facultative	Conjoint PACSé Concubin	+ 1,20 %	+ 1,78 %	+ 2,31 %	+ 0,56 %	+ 1,12 %	+ 1,63 %
	Enfant à charge*	+ 0,68 %	+ 0,93 %	+ 1,07 %	+ 0,27 %	+ 0,50 %	+ 0,63 %

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant à charge.

b) En cas d'affiliation des ayants droit obligatoire

Lorsque l'Adhérent souhaite que l'affiliation de ses salariés et de leurs ayants droit soit obligatoire, la cotisation est due par famille, indifféremment du nombre de personne assurée du chef du Participant.

La cotisation s'élève à :

		Régime général			Régime local		
Niveau de garanties obligatoires :		Socle	Confort	Confort +	Socle	Confort	Confort +
Affiliation obligatoire Famille :		2,62 %	3,82 %	4,81 %	1,16 %	2,30 %	3,26 %

c) Cotisation pour les anciens salariés et ayants droit visés à l'article 22.2 des présentes Conditions générales

Niveau de garanties :	Régime général			Régime local		
	Socle	Confort	Confort +	Socle	Confort	Confort +
Cotisation par personne assurée :						
Salarié en suspension de contrat de travail non rémunéré	1,20 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %	0,56 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension d'invalidité, d'indemnités journalières pour incapacité ou en préretraite	1,56 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %	0,73 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %
Ancien salarié privé d'emploi bénéficiaire ou non d'un revenu de remplacement	1,20 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %	0,56 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %
Ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite	1,80 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %	0,84 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %
Affiliation facultative conjoint, PACSé, concubin	1,20 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %	0,56 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %
Affiliation facultative enfant à charge	0,68 %	+ 0,29 %	+ 0,45 %	0,27 %	+ 0,29 %	+ 0,45 %
En cas de décès du Participant						
Cotisation par personne assurée :						
Conjoint, PACSé, concubin	1,20 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %	0,56 %	+ 0,87 %	+ 1,66 %
Enfant à charge	0,68 %	+ 0,29 %	+ 0,45 %	0,27 %	+ 0,29 %	+ 0,45 %

Les cotisations susmentionnées sont à la charge des personnes souhaitant bénéficier du maintien des garanties du régime. Elles peuvent bénéficier d'un financement au titre de la solidarité du régime professionnel de santé.

23.2 – Application d'un taux d'appel

Afin de favoriser la montée en charge du régime professionnel de santé, un taux d'appel des cotisations est mis en œuvre pendant trois années.

Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018, les cotisations seront appelées à hauteur de 92% des taux fixés aux a) et b) de l'article 23.1, soit :

a) En cas d'affiliation des ayants droit facultative

Lorsque l'Adhérent souhaite que seule l'affiliation de ses salariés soit obligatoire, laissant à celui-ci le choix d'affilier ou non ses ayants droit, la cotisation est due par personne assurée, celle afférente à la couverture des ayants droit du Participant s'ajoutant à celle due pour celui-ci. La cotisation par enfant à charge n'est toutefois due que pour les deux premiers enfants.

La cotisation s'élève à :

Niveau de garanties obligatoires :		Régime général			Régime local		
		Socle	Confort	Confort +	Socle	Confort	Confort +
Cotisation par salarié :							
Affiliation obligatoire	Salarié	1,10 %	1,64 %	2,13 %	0,52 %	1,03 %	1,50 %
Cotisation supplémentaire par ayant droit :							
Affiliation facultative	Conjoint PACSé Concubin	+ 1,10 %	+ 1,64 %	+ 2,13 %	+ 0,52 %	+ 1,03 %	+ 1,50 %
	Enfant à charge*	+ 0,63 %	+ 0,86 %	+ 0,98 %	+ 0,25 %	+ 0,46 %	+ 0,58 %

* gratuité à compter du 3^{ème} enfant à charge.

b) En cas d'affiliation des ayants droit obligatoire

Lorsque l'Adhérent souhaite que l'affiliation de ses salariés et de leurs ayants droit soit obligatoire, la cotisation est due par famille, indifféremment du nombre de personne assurée du chef du Participant.

La cotisation s'élève à :

Niveau de garanties obligatoires :		Régime général			Régime local		
		Socle	Confort	Confort +	Socle	Confort	Confort +
Affiliation obligatoire	Famille :	2,41 %	3,51 %	4,43 %	1,07 %	2,12 %	3,00 %

23.3 - Recouvrement des cotisations

Les cotisations sont recouvrées trimestriellement, à terme échu. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent chaque échéance.

La répartition des cotisations entre l'adhérent et les participants est fixée par l'employeur. L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'Institution, notamment des parts salariales précomptées sur le salaire des participants.

À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues. L'Institution procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base de la copie de la DADS communiquée par l'adhérent à l'Administration fiscale. Lorsque l'adhérent mettra en œuvre

la DSN dans toutes ses phases, l'adhérent n'aura plus à calculer le montant des cotisations et l'Institution n'aura plus à procéder à leur régularisation.

23.4 - Non-paiement des cotisations

Compte tenu de la recommandation stipulée à la CCN de la Librairie, l'Institution s'interdit de suspendre les garanties dont bénéficient les participants au motif que l'adhérent ne paierait pas les cotisations dues.

Toutefois, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, indépendamment du droit pour l'Institution d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, l'Institution peut adresser à l'adhérent une mise en demeure de payer ses cotisations.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'IPSEC applique des majorations de retard à la charge exclusive de l'adhérent.

Celles-ci sont déterminées chaque année par le Conseil d'administration de l'IPSEC sur la base de celles fixées par le règlement AGIRC / ARRCO (0,60% par mois de retard avec un minimum de 90 € en 2014).

Le Conseil d'administration de l'IPSEC a la possibilité d'accorder la remise totale ou partielle des majorations appelées en cas de paiement total des cotisations réglées tardivement.

23.5 - Révision des taux de cotisation

À l'issue de la période de maintien des taux de cotisation, les cotisations sont révisables chaque année par accord paritaire dans les limites prévues par la loi.

L'Entreprise adhérente reconnaît avoir lu tous les documents contractuels, avoir été informée de la mise en œuvre de l'ensemble de leurs dispositions et les accepte.

Fait en deux exemplaires originaux,

À Paris,
Le
Pour l'IPSEC,
Jérôme SABOURIN
Directeur général

À
Le
Pour l'Entreprise adhérente,
Signataire :
Qualité du signataire :

Cachet de l'Entreprise adhérente