



Souscription obligatoire a une mutuelle d'entreprise

Par **severine66**, le **03/02/2009** à **22:19**

Bonjour, voila ce mois -ci lorsque mes collegues et moi avons reçus notre chèque de paye,notre patronne nous a informée que celle-ci etait allégée de 20 euros parce que nous avons obligation de souscrire a une mutuelle d'entreprise;seulement nous n'avons eues aucuns formulaires a remplir et a signer et de ce fait nous ne savons pas a quelle mutuelle nous avons souscrit ni qu'elles sont les garanties que couvre cette mutuelle.

De plus chacunes d'entre-nous possedons déjà une mutuelle que nous avons souscrites independament il y a plusieurs années.

La comptable de ma patronne lui aurait dis que c'etait obligatoire et que nous devons résilier toutes autres mutuelles que nous avons.

Nous sommes mes collegues et moi regies par la convention 3244.

Ma question est la suivante:

Est-il bien vrai que cette souscription est obligatoire?et dans le cas ou cela ne le serai pas,quelles sont les demarches a suivre afin de la refuser?

Par **julius**, le **03/02/2009** à **23:25**

Votre convention collective prévoit depuis peu une mutuelle obligatoire d'entreprise.

Je vous fait copie si dessous (éditer de Legifrance.com) l'avenant n°84 applicable au 1er janvier 2009

1/Vous découvrirez l'obligation de votre employeur de vous informer de cette situation

Bonne lecture,
Cordialement

Avenant n° 84 du 28 avril 2008 relatif à la mise en place d'un régime complémentaire de
remboursement de frais de soins de santé

Préambule
Champ d'application

Article 1
En vigueur étendu

Le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est applicable à
toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective
nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

Adhésion. ? Affiliation

Article 2
En vigueur étendu

A compter de la date d'effet du présent avenant, les entreprises doivent affilier leurs salariés
auprès de l'organisme assureur visé à l'article 13 par la signature d'un bulletin d'affiliation
spécifique.

Conformément aux dispositions légales, une notice d'information délivrée par l'organisme
assureur à l'employeur sera remise, par ce dernier, à chaque salarié de l'entreprise afin de lui
faire connaître les caractéristiques du régime.

Pendant toute la durée de l'avenant, aucun salarié ne peut démissionner du régime à titre
individuel et de son propre fait.

Bénéficiaires

Article 3
En vigueur étendu

Le présent avenant institue un régime de remboursement complémentaire de frais de soins
de santé obligatoire au profit de l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à
l'article 1er du présent avenant, ayant 6 mois d'ancienneté dans une même entreprise.

Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime de remboursement
complémentaire frais de soins de santé conformément aux dispositions légales, en
fournissant régulièrement les justificatifs correspondants :

? les travailleurs saisonniers ;

? les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salarié à employeurs multiples) ;
? les salariés pour la durée de leur prise en charge au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC),
? les salariés bénéficiant lors de la mise en place du présent régime de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale et cela jusqu'à échéance du contrat individuel si l'intéressé ne peut pas le résilier par anticipation. En aucun cas, une telle dispense d'affiliation ne peut être imposée par l'employeur.

Garanties

Article 4

En vigueur étendu

Les garanties du présent régime sont établies sur la base des législations et réglementations de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

Elles seront revues, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations à cette occasion.

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

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

En cas de décès d'un salarié en activité dans une entreprise visée à l'article 1er du présent avenant, le régime de frais de soins de santé prendra en charge pendant 12 mois au bénéfice de ses ayants droit les cotisations correspondantes à la garantie conventionnelle dont il bénéficiait.

Sont concernés par cette gratuité les ayants droit du salarié suivants :

? son conjoint ;

? son concubin (au sens de l'art. 515-8 du code civil), lié avec lui ou non par un pacte civil de solidarité (Pacs).

Cette couverture est acquise à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin était lié par un Pacs avec le salarié, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le greffe du tribunal d'instance.

Dans le cas où le concubin n'était pas lié par un Pacs et n'était pas ayant droit du salarié au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun) ;

? ses enfants à charge, répondant à la définition suivante :

? enfant de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation de la sécurité sociale et, par extension :

? les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale à savoir :

? les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du

quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
? les enfants du salarié auxquels celui-ci servait une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
? quel que soit leur âge, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) rattachés au foyer fiscal du salarié (avant son décès) au sens de l'article 6-3 du code général des impôts et pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable.

Cotisation et répartition

Article 5 En vigueur étendu

La cotisation est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion.

La cotisation sera revue, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

La cotisation du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé est mensuelle et forfaitaire.

Pour l'année 2009, la cotisation est fixée à 40 € par salarié et par mois pour le régime général et de 32 € pour le régime Alsace-Moselle.

Cette cotisation sera maintenue pour l'année 2010.

A compter du 1er janvier 2011, et au 1er janvier de chaque année, la cotisation sera réexaminée par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales, et de l'assurance maladie.

La cotisation sera indexée au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats du régime compensent l'évolution de cet indice.

La contribution de l'employeur sera au minimum de 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu. Elles doivent être versées à l'organisme assureur désigné à l'article 13 du présent avenant dans le premier mois de chaque trimestre civil pour le trimestre écoulé.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Les salariés relevant de la législation « accident du travail-maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation du présent régime frais de soins de santé pendant 12 mois après 6 mois d'arrêt de travail.

Cette gratuité interviendra le premier jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail.

Cependant, tout salarié qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « accidents du travail-maladie professionnelles ».

En cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale « accidents du travail-

maladies professionnelles », tout salarié qui reprend le travail ou tout ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, conserve son droit à gratuité dans la limite des mois gratuits restant à courir. L'organisme assureur, en application de l'article L. 932-9 du code de la sécurité sociale, procédera, le cas échéant, au recouvrement des cotisations dues par l'entreprise en cas de non-paiement dans les délais.

Règlement des prestations

Article 6

En vigueur étendu

L'organisme assureur 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 encore sur pièces justificatives des dépenses réelles.

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

Les modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations (pièces justificatives...) seront détaillées dans le contrat d'adhésion de l'entreprise et la notice d'information remise aux salariés.

Tiers payant

Article 7 En savoir plus sur cet article...

En vigueur étendu

Après l'enregistrement de l'affiliation du salarié auprès de l'organisme assureur, il lui est remis une carte santé permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

Cette carte santé reste la propriété de l'organisme assureur.

Limite des garanties. ? Exclusions

Article 8 En savoir plus sur cet article...

En vigueur étendu

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garantie ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues par l'article R.

871-2 du code de la sécurité sociale.

Ne donnent pas lieu à remboursement :

Les frais de soins :

? engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci.

La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ;

? déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués ;

? engagés hors de France.

Si la caisse de sécurité sociale à laquelle le salarié est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'organisme assureur sur la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale et selon les garanties prévues en annexe du présent avenant ;

? non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale (sauf ceux expressément visés dans l'annexe au présent avenant) ;

? ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;

? engagés dans le cadre de la législation sur les pensions militaires ;

? engagés au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements foyers ou des hospices ;

? qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;

Les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du salarié prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;

La majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;

Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Pour les frais conséquents à des actes soumis à entente préalable de la sécurité sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de la sécurité sociale, les règlements éventuels seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais conséquents à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais conséquents à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de la sécurité sociale sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par l'organisme assureur se fera également sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toutes autres indemnisations de la part de l'organisme assureur.

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au salarié de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés. Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par le salarié, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. L'organisme assureur peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de l'organisme assureur.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné est limitée à 90 jours par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisée par le régime de la sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le salarié doit transmettre à l'organisme assureur une facture détaillée établie par son médecin ; à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Plafond des remboursements

Article 9 En savoir plus sur cet article...

En vigueur étendu

En cas d'intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

La participation de l'organisme assureur ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du salarié après participation de la sécurité sociale et, éventuellement, celle d'autres organismes complémentaires.

Cessation des garanties

Article 10 En savoir plus sur cet article...

En vigueur étendu

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise adhérente.

A titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur désigné maintient la couverture frais de santé, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux :

? au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation auprès de l'organisme assureur désigné ;

? au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Pour les ayants droit d'un salarié décédé ayant bénéficié de la gratuité prévue à l'article 4 du présent avenant, le bénéfice du maintien de couverture défini ci-dessus en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 prendra effet à l'issue de leur période de gratuité, sous réserve qu'ils en fassent expressément la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Suspension des garanties

Article 11 En savoir plus sur cet article...

En vigueur étendu

Le régime et la cotisation patronale seront maintenus dans les mêmes conditions que celles de la catégorie de personnel dont relève le salarié :

? en cas de congé maladie, accident du travail, accident de trajet, maladies professionnelles, maternité, adoption et congé paternité ;

? en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien de salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, la couverture pourra être maintenue à la demande du salarié sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Prescription des actions

Article 12 En savoir plus sur cet article...

En vigueur étendu

Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent avenant sont prescrites dans

le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Désignation de l'organisme assureur

Article 13 [En savoir plus sur cet article...](#)
En vigueur étendu

AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale et relevant de l'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles sise 61, rue Taitbout, 75009 Paris, membre du Gie AG2R, 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14, est désignée comme organisme assureur du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé.

Cette désignation sera réexaminée dans un délai de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

Les modalités d'organisation de la mutualisation du régime seront, quant à elles, régulièrement réexaminées par le comité paritaire de suivi et de gestion.

Clause de migration

Article 14 [En savoir plus sur cet article...](#)
En vigueur étendu

L'adhésion de toutes les entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé et l'affiliation des salariés de ces entreprises auprès de l'organisme assureur désigné ont un caractère obligatoire à compter de la date d'effet précisée à l'article 16 du présent avenant.

A cette fin, les entreprises concernées recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation.

Ces dispositions s'appliquent, y compris pour les entreprises ayant un contrat de complémentaire de frais de soins de santé auprès d'un autre organisme assureur, quel que soit le niveau de garanties appliqué.

Recours contre les tiers responsables

Article 15 [En savoir plus sur cet article...](#)
En vigueur étendu

En cas de paiement des prestations par l'organisme assureur à l'occasion d'un accident

comportant un tiers responsable, l'organisme assureur est subrogé au salarié qui a bénéficié de ces prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

Date d'effet

Article 16 [En savoir plus sur cet article...](#)

En vigueur étendu

Le présent avenant prendra effet le premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel, et au plus tôt le 1er janvier 2009.

Comité paritaire de suivi et de gestion

Article 17 [En savoir plus sur cet article...](#)

En vigueur étendu

Le suivi du présent régime par les partenaires sociaux est effectué par un comité paritaire de suivi et de gestion constitué sous forme d'association entre les représentants des organisations de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national et signataires du présent accord.

L'organisme assureur a l'obligation de lui présenter chaque année le compte de résultat.

Ce comité fonctionnera grâce à une indemnité de 1 % des cotisations brutes prélevée sur le compte de résultat du régime prévu à l'article 5 notamment pour :

- ? couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, salaires, secrétariat, édition) ;
- ? former et informer les négociateurs paritaires ;
- ? financer les études et l'information nécessaires au fonctionnement du régime.

L'utilisation de cette indemnité sera effectuée conformément aux statuts de l'association en cours de constitution à la date de conclusion du présent avenant.

Formalités administratives

Article 18 [En savoir plus sur cet article...](#)

En vigueur étendu

Les modalités de dénonciation de l'avenant sont celles définies dans l'article L. 2261-9 du code du travail.

Le présent avenant sera déposé à la direction des relations de travail et au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant. La fédération nationale des détaillants de produits laitiers est chargée des formalités nécessaires.