

AVENANT N°2 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES RÉGIES DE QUARTIER ET DE TERRITOIRE

Mise en place d'un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé

Article 1 – Objet de l'avenant

Le présent avenant institue un régime conventionnel obligatoire de frais de soins de santé au profit de l'ensemble des salariés de la branche, qui a pour objet de garantir des remboursements complémentaires aux prestations en nature couvertes par le régime de base d'Assurance maladie de la sécurité sociale ainsi que des actions de prévention.

Les organisations syndicales patronales et salariales représentatives signataires ont souhaité offrir un avantage social aux salariés, en particulier au bénéfice des plus démunis, en inscrivant l'accès à une complémentaire santé dans la politique sociale et salariale de l'ensemble des régies de quartier.

Ce régime permet, au niveau de la branche professionnelle, d'atteindre les objectifs suivants :

- Garantir l'accès aux salariés de la branche à des garanties collectives de santé de qualité, sans considération de leur âge ou de leur état de santé ;
- Mettre à la disposition des employeurs une offre présentant un rapport économique plus avantageux que celui auquel ils pourraient accéder individuellement ;
- Piloter paritairement un socle de garantie ;
- Instaurer une solidarité entre les entreprises et les salariés de la branche ;
- Instaurer des conditions uniformes en matière de garantie, qualité de prestations et de gestion.

Le régime ainsi mis en place respecte les dispositions des articles 2 et 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, des articles 1er et 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4,9 et 15 de la loi du 31 décembre 1989 précitée ainsi qu'à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 qui a transcrit les dispositions de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 et son article 1er relatif à la généralisation de la couverture complémentaire de frais de santé.

Il est également en conformité avec les exigences posées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables » et les décrets et arrêtés pris pour son application (notamment les articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Article 2 – Régime Frais de soins de santé

A compter de la date d'effet du présent avenant, l'article 4.3 de la convention collective nationale des régies de quartier et de territoire sera désormais intitulé « Régime de Frais de Soins de Santé » et rédigé comme suit :

« Afin de favoriser l'accès aux soins pour tous, les partenaires sociaux signataires de la présente convention collective ont mis en place un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des « Régies ».

Les modalités et les garanties sont précisées dans l'annexe IV de la présente convention.

Article 3 – Annexe IV à la Convention Collective des Régies de quartier et de territoire.

A compter de la date d'effet du présent avenant, il est instauré une annexe IV à la convention collective nationale des régies de quartier et de territoire, intitulé « Régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé » et rédigée comme suit :

Dans la présente annexe, les salariés des Régies de quartier seront désignés sous le vocable « participant » ; les employeurs, régies de quartier ou de territoire, le Comité National de Liaison des Régies de quartier (CNLRQ) et associations, sont désignés par le vocable « Régies ».

1 / Adhésion- affiliation

A compter de la date d'effet du présent régime, les « Régies » entrant dans le champ d'application défini à l'article 1 de la présente convention collective, doivent faire bénéficier les salariés définis au point 2 ci-dessous d'un régime de remboursement complémentaire respectant les conditions définies par la présente annexe. Ils doivent affilier l'ensemble de leurs salariés présents et futurs, à titre obligatoire, à un contrat d'assurance collective mettant en œuvre ce régime, sous réserve des cas de dispenses prévues ci-dessous.

2 / Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du présent régime « remboursement de frais de soins de santé » obligatoire, tous les salariés relevant des « Régies » et justifiant de trois mois d'ancienneté.

Peuvent, à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, se dispenser d'affiliation au présent régime «remboursement de frais de soins de santé», en fournissant régulièrement à leurs employeurs les justificatifs correspondants.

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée de moins de douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés et apprentis à temps partiel (inférieur à un mi-temps) dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- les bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L 861.3 (CMU-C) ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863.1 (ACS) et des salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- à condition de le justifier chaque année, les salariés bénéficiant y compris en tant qu'ayants droit couvert à titre obligatoire, d'un régime de frais de soin de santé complémentaire collectif obligatoire ;

Les dispenses d'affiliation prévues ci-dessus ne peuvent en aucun cas être imposées par l'employeur.

Pour la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion, l'employeur a l'obligation de proposer aux salariés visés ci-dessus l'adhésion à la garantie frais de santé et devra dans tous les cas se faire remettre un écrit signé par chacun des salariés concernés demandant expressément à être dispensé d'adhésion, avec mention du cas de dispense exacte correspondant à leur situation et prévue parmi les cas listés limitativement ci-dessus. L'employeur conserve les demandes de dispense des salariés concernés.

Ces salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion à la garantie frais de santé. Dans ce cas, leur adhésion est irrévocable et prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus d'être affiliés au régime de santé conventionnel lorsqu'ils cessent de justifier de leur situation.

3 / Garanties – Limite des garanties

3-1 – Garanties :

Les garanties du présent régime sont établies sur la base des dispositions générales et des bases de versement des prestations de la Sécurité sociale ainsi que des taxes, contributions et impositions de toute nature en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion, dans le cadre d'une commission paritaire.

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 certains actes et frais non pris en charge par ce régime qui sont expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-dessous.

TABLEAU DES GARANTIES (y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale)

POSTES	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité	Conventionné
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais de séjour 	100 % FR dans la limite de 500% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actes de chirurgie (ADC) ▪ Actes d'anesthésie (ADA) ▪ Autres honoraires 	150% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chambre particulière 	50 euros par jour
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forfait hospitalier engagé 	100 % des frais réels par jour dans la limite de la réglementation en vigueur
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais d'accompagnement (EAC < 16 ans sur présentation d'un justificatif) 	20 euros par jour
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transport (accepté SS) 	100 % de la BR
Actes médicaux	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Généralistes 	150% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spécialistes 	150% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actes de chirurgie (ADC), actes techniques (ATM) 	150% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actes d'imagerie médicale (ADI), Actes d'échographie (ADE) 	150% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliaires médicaux 	150% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyses 	150% de la BR
Pharmacie remboursée SS	100 % de la BR
Pharmacie non remboursée SS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contraception prescrite 	Crédit par année civile de 30€ par bénéficiaire
Dentaire	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins dentaires (à l'exception des inlay simple, onlay) 	100% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inlay simple, Onlay 	100% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prothèses dentaires remboursées par la SS 	200 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inlay core et inlays à clavettes 	200 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthodontie acceptée par la SS 	200 % de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prothèses non remboursées par la SS 	Crédit par année civile de 250€ par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implants 	Crédit par année civile de 250€ par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parodontologie 	Crédit par année civile de 150€ par bénéficiaire
Prothèses non dentaires (acceptées SS)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prothèses auditives 	200% de la BR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orthopédie & autres prothèses 	100% de la BR
Optique	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monture Adulte 	Crédit par année civile de 90 euros par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monture Enfant 	Crédit par année civile de 40 euros par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verres (limitation à 2 verres par année civile) 	Cf. grille optique ci-dessous
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lentilles acceptées par la SS 	Crédit par année civile de 100 euros par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lentilles refusées ou jetables 	Crédit par année civile de 100 euros par bénéficiaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kératotomie 	Crédit par année civile de 400€ par bénéficiaire

Actes de prévention	
Prise en charge des deux actes de prévention suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ un détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum. ▪ les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge 	100 % de la BR
Actes hors nomenclature	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acupuncture, chiropractie, ostéopathie. Intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée	Crédit par année civile de 60 euros par bénéficiaire

Définitions

SS = Sécurité sociale ; BR = base de remboursement de la Sécurité sociale ; FR = frais réels ; RSS = remboursement sécurité sociale ; € = euros

Grille optique Adulte

Code	Nouveau code LPP Adulte	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
VA11	2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	50,00 €
VA12	2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	50,00 €
VA13	2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	50,00 €
VA21	2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	50,00 €
VA22	2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	50,00 €
VA23	2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	50,00 €
VA24	2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	50,00 €
VA31	2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	90,00 €
VA32	2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	90,00 €
VA41	2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	90,00 €
VA42	2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	90,00 €

Grille optique Enfant

Code	Nouveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
VE11	2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	30,00 €
VE12	2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	30,00 €
VE13	2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	30,00 €
VE21	2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	30,00 €
VE22	2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	30,00 €
VE23	2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	30,00 €
VE24	2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	30,00 €
VE31	2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	30,00 €
VE32	2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	30,00 €
VE41	2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	30,00 €
VE42	2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	30,00 €

Handwritten signature and initials:

 MB PDS
 MC

3-2 – Exclusions :

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limites de garanties 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 prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale,
 - déclarés après un délai de deux 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 le régime sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues par le présent régime,
 - non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale,
 - 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, sauf pour les actes prévus expressément dans le tableau de garanties et dans la limite des montants indiqués.
 - 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,
- 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 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 consécutifs 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 Sécurité sociale, les règlements éventuels seront effectués après avis des praticiens-conseils de l'organisme assureur.

Pour les frais consécutifs 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 consécutifs 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 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.

A l'exception du forfait maternité, pour les actes ou postes de garanties exprimés sous la forme d'un crédit annuel, le crédit annuel correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garanties concernés, de toutes autres indemnisations de la part 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 Sécurité sociale.

3-3 – Plafond des remboursements :

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

4 / Maintien des garanties

4-1– En cas de suspension du contrat de travail :

Le régime et les cotisations salariale et patronale seront maintenus pour le salarié :

- en cas d'arrêt de travail pour maladie, congé maternité, adoption ou paternité ;
- en cas d'arrêt de travail pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle ;
- 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.

4-2– Dispositif de portabilité :

En application de l'article L911-8 du code de la sécurité sociale, que les partenaires sociaux choisissent d'appliquer dès la signature du présent avenant, les anciens salariés bénéficient du maintien des garanties définies au présent avenant, dans les mêmes conditions que celles dont ils bénéficiaient à la date de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, sauf en cas de faute lourde.

Le financement de la portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue à l'article 6 / du présent régime.

Le maintien des garanties prend effet dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail de l'ancien salarié.

L'ancien salarié bénéficie de ce maintien à compter de la date de cessation de son contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du 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 le dernier employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, appréciée en mois entier, sans pouvoir excéder 12 mois.

Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations...) pendant la période de maintien des droits, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

5 / – Cessation des garanties

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 ou à l'expiration du dispositif de portabilité prévu par l'article 4.2 ci-dessus.

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, l'organisme assureur maintient, à titre individuel, 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.

Pour ce faire, l'ancien salarié souhaitant bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990, doit demander le maintien de la garantie santé à titre individuel, soit dans les 6 mois à compter du départ de l'entreprise, soit, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie du mécanisme de portabilité (12 mois maximum).

Les personnes garanties du chef d'un salarié décédé pourront bénéficier du maintien de la couverture définie ci-dessus pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

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

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

6 / - COTISATIONS

Les cotisations définies ci-après sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de la prise d'effet du présent régime. Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties et/ou des cotisations en tout ou partie à cette occasion, dans le cadre d'une commission paritaire.

Salarié relevant du régime général de la Sécurité sociale	1,33 % PMSS (*)
Salarié relevant du régime local Alsace Moselle	0,79 % PMSS (*)

(*) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur.

A compter du 1^{er} janvier 2016 et au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera revue avec la Commission Paritaire sur la base du ratio Sinistre sur Prime prévisionnel de l'année N-1 et de l'intégration de la dérive médicale (sur la base de l'indice CMT) estimée pour l'année N.

L'indice CMT (Consommation Médicale Totale) pris en compte correspond à la progression en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux au titre de l'exercice clos précédent celui de l'indexation appliquée. Cet indice est publié dans le rapport annuel des comptes de la santé communiqués par le Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité et le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

La répartition de la cotisation sera de 50 % pour l'employeur et de 50 % pour le salarié.

7 / – Organismes assureurs

Les représentants professionnels et les organisations syndicales représentatives signataires font confiance aux organismes assureurs suivants pour proposer un contrat d'adhésion conforme aux dispositions de la présente annexe :

- AG2R MACIF PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale et relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 84 rue Charles Michel 93 200 Saint Denis ;
- MUTEX, entreprise régie par le Code des Assurances et relevant de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 125 avenue de Paris 92 327 Châtillon Cedex, agissant pour le compte de CHORUM et des mutuelles ADREA, APREVA, EOVI, HARMONIE et OCIANE, soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

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

8 / – Commission Paritaire Nationale de gestion et de suivi du régime de frais de santé

Le présent article étend la compétence de la Commission paritaire nationale de gestion et du suivi de la prévoyance mentionnée par l'article 6.2 de la convention collective au suivi du présent régime de frais de soins de santé.

La commission paritaire nationale s'engage à favoriser l'adhésion la plus large possible au régime ci-dessus décrit afin de maintenir l'attractivité et la pérennité du régime.

8-1 Attributions de la commission pour la gestion et le suivi de régime de frais de santé

- Propose par délibération les interprétations à donner concernant le régime de frais de soin de santé
- Étudie et propose une solution aux litiges portant sur l'application du régime de frais de santé
- Emet par ailleurs toutes observations et suggestions qu'elle juge utile
- Délibère sur tous les documents d'information concernant le régime que diffuse le gestionnaire,
- Informe une fois par an et par écrit les membres de la commission sur la gestion et la situation du régime
- Assure le suivi du bon fonctionnement du régime

8-2 Composition

La commission est composée d'un titulaire et d'un suppléant par organisation syndicale représentative signataire de la convention collective et d'autant de représentants du syndicat employeurs titulaires et suppléants.

8-3 Fonctionnement

Cette commission se réunit, à minima deux fois par an, et à la demande de l'un des membres.

Article 4 – Date d’effet de l’avenant

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} avril 2014.

Article 5 – Extension- Publicité de l’avenant

Le présent avenant sera notifié à l’ensemble des organisations représentatives puis déposé, en deux exemplaires (dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail.

Le présent avenant est édité en nombre suffisant d’exemplaires originaux pour remise à chacune des parties signataires et dépôt dans les conditions prévues aux articles L.2231-6 et D.2231-2 du Code du travail.

Article 6 – Durée – Révision – Dénonciation de l’avenant

Les dispositions du présent avenant auront une durée identique à celle de la convention collective du 2 avril 2012.

Elles pourront être révisées et dénoncées conformément aux articles 3 et 4 de ladite convention collective nationale.

Fait à Paris, le 13/12/2013

Syndicat des Employeurs Régies de Quartier

Michel CARMONA, Président

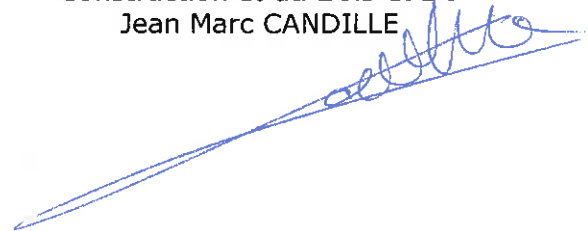


**Fédération Nationale des Personnels des
Organismes Sociaux CGT**
Pascale BONNET-SIMON



Fédération Batimat TP CFTC
Bernard BLONDEL

**Fédération Nationale des Salariés de la
Construction et du Bois CFTD**
Jean Marc CANDILLE



Fédération Nationale Action Sociale CGT FO
Joseph ISLAM

**Syndicat National de l’Urbanisme, de l’Habitat
et des Administrateurs de Biens CFE CGC -
SNUHAB**
Michel BILLARD

