

RÉGIME PROFESSIONNEL COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ (RPCS) *

I - PRESTATIONS GARANTIES

Aucune des prestations énumérées ne peut être inférieure au barème indiqué, et pour chacune d'elles, la participation du salarié ne peut excéder 50% du tarif demandé.

Couverture santé Garanties par famille d'actes	Garanties incluant celles de la sécurité sociale, limitées aux frais réels
Soins courants ⁽¹⁾	
Honoraires médicaux :	
Consultations généralistes et spécialistes	OPTAM 150 % BRSS / Hors OPTAM 130 % BRSS
Visites généralistes et spécialistes	OPTAM 150 % BRSS / Hors OPTAM 130 % BRSS
Actes techniques médicaux	OPTAM 150 % BRSS / Hors OPTAM 130 % BRSS
Radiologie / Imagerie	OPTAM 150 % BRSS / Hors OPTAM 130 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	140 % BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, orthophonistes...)	140 % BRSS
Matériel médical (petit et grand appareillage, autres prothèses)	140 % BRSS
Transport médical remboursé par la Sécurité sociale	145 % BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS
Hospitalisation (y compris maternité) ⁽²⁾	
Frais de séjour	250 % BRSS
Honoraires	OPTAM 250 % BRSS / Hors OPTAM 200 % BRSS
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais Réels
Frais de lit d'accompagnant	20 euros par jour
Chambre particulière	35 euros par jour
Dentaire	
Soins et prothèses dentaires 100 % santé *	100 % frais réels limités aux honoraires limités de facturation (HLF)
Soins dentaires hors 100 % santé	100 % BRSS
Prothèses dentaires hors 100 % santé remboursées par la Sécurité sociale	270 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale, par acte	107,50 euros
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	200 % BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans), par acte	96,75 euros
Optique	
Un équipement (une monture + deux verres) tous les deux ans. La période est de 2 ans pour les personnes âgées de 16 ans ou plus. La période est réduite pour les cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Les périodes sont fixes et s'apprécient à compter de la date de facturation de l'équipement optique.	
Équipements 100 % santé * :	
Verre	100 % frais réels limités aux prix limites de vente (PLV)
Monture	100 % frais réels limités aux prix limites de vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé :	
pour les moins de 16 ans :	
par verre simple	80 euros
par verre complexe	185 euros
par verre très complexe	185 euros
pour les 16 ans et plus :	
par verre simple	35 euros
par verre complexe	100 euros
par verre très complexe	195 euros
Monture	100 euros
Lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale (maximum annuel)	100 % BRSS (pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale) + 130 euros
Chirurgie correctrice de l'œil (par œil et par an)	130 euros
Aides auditives	
Un équipement tous les 4 ans. La période est fixe et s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement d'aide auditive.	
Équipements 100 % santé *	100 % BRSS + 500 euros limité à 1700 € A compter du 1 ^{er} janvier 2021 : 100 % frais réels limités aux prix limites de vente (PLV)
Équipements hors 100 % santé (par oreille)	100 % BRSS + 500 euros limité à 1700 €
Piles et autres accessoires remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS
Autres	
Forfait naissance ou adoption	250 euros
Forfait "Bien-être" annuel : Ostéopathie, chiropractie, médicaments et vaccins prescrits non remboursés, substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale, étioopathie, pédicure-podologie	100 euros
Actes de prévention (loi 2004-810 du 13 août 2004, arrêté du 8 juin 2006): - Détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum	170 % BRSS
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	OPTAM 170 % BRSS / Hors OPTAM 150 % BRSS

* tels que définis réglementairement

(1) Praticiens en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BRSS.

(2) Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BRSS.

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale

HLF : honoraire limite de facturation réglementé

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée

PLV : prix limite de vente réglementé

* Avenant n° 93 du 17 octobre 2019, étendu par arrêté du 10 juillet 2020, J.O. du 1^{er} août 2020. L'avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020, étant rappelé que la mise en œuvre du panier sans reste à charge de la réforme du 100% santé en matière d'aides auditives se fera au 1^{er} janvier 2021 et conformément au calendrier légal.

II - BÉNÉFICIAIRES DU RPCS

II.1 - Salariés

Modalités de la couverture collective obligatoire

Tous les salariés de l'entreprise bénéficient obligatoirement d'une couverture des frais de santé au moins égale à celle définie au tableau du I, « à partir du 1^{er} jour » (*Avenant n° 76 du 20 janvier 2016*) * d'exécution du contrat de travail. Les ayants droit des salariés de l'entreprise ne bénéficient pas de la couverture obligatoire des frais de santé. Leur couverture peut être acquise par la souscription, à l'initiative du salarié assuré, d'options familiales proposées par l'organisme assureur.

Le droit aux prestations est maintenu, ainsi que l'obligation de verser les cotisations correspondantes :

- pendant les périodes de suspension du contrat de travail donnant lieu au maintien de la rémunération par l'employeur ;
- pendant la durée des périodes d'indisponibilité visées aux articles 2-10 et 4-08 de la Convention collective.

En cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas droit au maintien des prestations, la cotisation mensuelle est due au prorata des jours rémunérés ou indemnisés au cours du mois par rapport à 30, chaque jour de cotisation étant réputé être égal à 1/30^e de la cotisation mensuelle.

Le droit aux prestations est maintenu gratuitement au-delà de la rupture du contrat de travail, dans les cas de portabilité des droits visés au II.2 ci-après. Dans les autres cas, les prestations ne sont plus garanties, et les cotisations ne sont plus dues, pour les actes et soins effectués à partir du lendemain de la date de radiation des effectifs de l'entreprise ou lorsque les prestations sont afférentes à des événements survenus après cette date.

La couverture des salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L.325-1 du code de la sécurité sociale, est assurée dans les conditions de la présente annexe sous réserve des adaptations précisées par le décret visé à l'article L.911-7 dudit code.

Dispenses d'affiliation (*Avenant n° 76 du 20 janvier 2016* *)

Sont dispensés d'affiliation au contrat collectif de l'entreprise, sur leur demande :

- a) les salariés qui peuvent bénéficier d'une dispense de plein droit, dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur;
- b) les salariés qui sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes:
 - salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
 - salariés ou apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
 - salariés à temps partiel ou apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

Modalités de la dispense d'affiliation (*Avenant n° 76 du 20 janvier 2016* *)

Lors de l'embauche de tout salarié, l'employeur est tenu d'informer chaque salarié de l'existence et de la nature de la couverture collective des frais de santé en vigueur dans l'entreprise, et de lui demander s'il souhaite bénéficier d'une dispense d'affiliation dans les conditions indiquées ci-dessus. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Le salarié qui souhaite être dispensé d'affiliation au titre du paragraphe a) ci-dessus est tenu d'en informer l'employeur dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Celui qui souhaite être dispensé d'affiliation au titre du paragraphe b) est tenu d'en informer l'employeur dans le délai de 15 jours suivant son embauchage, en produisant les justificatifs nécessaires dans le premier des trois cas visés par ce paragraphe b). La dispense prend alors effet au 1^{er} jour de l'embauchage.

Les salariés dispensés d'affiliation ne bénéficient pas de la portabilité des droits définie au II.2.

Les salariés dispensés d'affiliation sont réaffiliés par l'employeur s'ils en font la demande. La réaffiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la demande a été faite.

* *Avenant étendu par arrêté du 21 février 2017 (J.O. du 3 mars 2017).*

II.2 - Demandeurs d'emploi

Les salariés garantis collectivement au titre du RPCS bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture 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, dans les conditions fixées par l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale.

Ce 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 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 même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Lorsque le salarié bénéficiaire des dispositions ci-dessus a souscrit un contrat couvrant ses ayants droit, ceux-ci bénéficient dans les mêmes conditions et limites du maintien gratuit de leur couverture.

Les modalités de mise en œuvre de la portabilité des droits ci-dessus définie sont précisées dans une notice d'information annexée au RPCS. Cette notice d'information est obligatoirement délivrée au salarié lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à l'assurance chômage.

III - MODALITÉS DE LA COUVERTURE

III.1 - Garanties collectives

Le contrat d'assurance couvrant l'entreprise doit garantir une couverture santé collective de tous les salariés, dans les conditions et limites définies au II.1, ainsi que celle des anciens salariés au titre de la portabilité visée au II.2.

Cette garantie, qui assure des prestations au moins aussi favorables que celles énumérées au tableau du I, peut être complétée par des garanties optionnelles souscrites dans les conditions prévues par l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale, qui couvrent tous les salariés ou bien des catégories objectives de salariés telles que définies par le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012.

La branche des services de l'automobile est constituée en majorité d'un tissu de petites et moyennes entreprises réparties sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Le recours aux actes de téléconsultation par les salariés des services de l'automobile devrait ainsi leur faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones de désertification médicale.

En outre, elle devrait également permettre l'amélioration de leur prise en charge et de leur suivi afin de prévenir certaines hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2018 dans son article 54 inscrit dans le droit commun les actes de télémédecine par le biais des conventions nationales avec les professionnels de santé libéraux.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de Santé adapte le cadre légal existant afin d'assurer le déploiement de la télémédecine et des télésoins.

Les partenaires sociaux de la profession invitent les entreprises des services de l'automobile à demander qu'un service de téléconsultation médicale soit prévu dans leur contrat collectif obligatoire de complémentaire santé et en particulier lorsque les actes de téléconsultation ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

III.2 - Garanties solidaires

Le contrat d'assurance couvrant l'entreprise doit :

- 1° ne pas déterminer les cotisations des assurés en fonction de leur état de santé ;
- 2° ne pas appliquer de sélection médicale ;
- 3° favoriser le respect du parcours de soins coordonnés ;
- 4° intégrer les remboursements minimums tels que le ticket modérateur sur les consultations, la pharmacie, les forfaits hospitaliers ;
- 5° assurer au moins deux actes de prévention.

III.3 - Couverture responsable

Le contrat d'assurance couvrant l'entreprise doit tendre à responsabiliser les assurés et les professionnels de santé, en prévoyant un remboursement optimal des frais de santé lorsque le parcours de soins coordonnés est respecté, c'est-à-dire si le patient consulte le médecin traitant avant un spécialiste, et doit en conséquence respecter les obligations, interdictions et limites de prise en charge fixées par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale.

De plus, le contrat doit prévoir au moins la prise en charge du ticket modérateur pour les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que l'intégralité du forfait journalier hospitalier*.

IV - ACTIONS DE SOLIDARITÉ ET DE PRÉVENTION

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche des services de l'automobile, d'accompagner les salariés dont la situation professionnelle est précaire ou fragile, et de déployer un dispositif de prévention des risques, il est institué un fonds collectif géré par l'organisme de référence IRP AUTO Prévoyance-Santé.

Ce fonds collectif est destiné à la mise en œuvre des actions de solidarité et de prévention définies ci-après. L'organisme de référence IRP AUTO Prévoyance-Santé établit annuellement un rapport financier et un rapport d'activité de ce fonds, qu'il transmet à la Commission Paritaire Nationale.

* Avenant n° 74 du 7 juillet 2015, étendu par arrêté du 7 avril 2016 (J.O. du 20 avril). Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

IV.1 – Actions de solidarité

Les actions de solidarité qui relèvent du RPCS visent à préserver ou améliorer collectivement ou individuellement la santé des salariés qui connaissent ou qui sont susceptibles de connaître des difficultés d'insertion, quelle qu'en soit l'origine : jeunes apprentis isolés, situations de précarité professionnelle, personnes à mobilité réduite, difficultés de logement...

Les orientations des actions de solidarité et les partenariats pouvant y être associés sont définis par les partenaires sociaux de la branche. Ces actions bénéficient aux salariés et aux demandeurs d'emploi visés au II.2, à l'exclusion des ayants droit.

Leur déclinaison sur l'ensemble du territoire est mise en œuvre par IRP AUTO Prévoyance-Santé, la réalisation des actions définies par les partenaires sociaux étant programmée dans la limite des fonds disponibles.

IV.2 – Actions de prévention

Les actions de prévention qui relèvent du RPCS sont exclusivement liées aux risques santé spécifiques aux professions des services de l'automobile ou aux risques de santé publique. Ces actions bénéficient aux salariés et aux demandeurs d'emploi définis au II.2, à l'exclusion des ayants droit, quel que soit l'organisme d'assurance retenu par l'employeur pour assurer la couverture des garanties de santé.

Les programmes de prévention prioritaires et les partenariats pouvant y être associés sont définis par les partenaires sociaux de la branche. Leur déclinaison sur l'ensemble du territoire est mise en œuvre par IRP AUTO Prévoyance-Santé, dans la limite des fonds disponibles.

Prévention liée aux risques de santé publique

IRP AUTO Prévoyance-Santé, organisme de référence du RPCS :

- réalise des actions de prévention en relais de la politique de santé publique (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, etc.) et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (nutrition, addictions, etc.) ;
- organise des réunions d'information sur les comportements en termes de consommations médicales afin de sensibiliser les salariés des entreprises dans le domaine de la santé ;
- recherche des partenariats avec l'ANFA pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire spécifiquement destinées aux salariés sous contrat de formation en alternance ;
- se rapproche du GNFA pour étudier les voies et moyens de sensibilisation des stagiaires en formation.

Prévention liée aux métiers

La mise en place d'une prévention santé notamment en entreprise vise à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés et des personnes fragilisées. A leur demande, les entreprises accèdent à des services permettant d'agir en faveur de la santé de leurs salariés afin de maîtriser mieux encore leur budget de protection sociale.

La branche comportant une vingtaine de métiers différents, la prévention est déclinée en fonction des risques sanitaires spécifiques de chacune des professions des services de l'automobile. IRP AUTO Prévoyance-Santé participe au financement des programmes de prévention de certaines pathologies (douleurs lombaires, surdité, affection pulmonaire...) ou des risques d'accident (trajet voiture, manipulation d'engins mécaniques...).

Les actions de prévention prennent la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, affiches, outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité.

V – FINANCEMENT DU RPCS

V.1 – Financement des garanties de santé

Le financement des garanties collectives est assuré par une contribution appelée par l'organisme assureur.

Lorsque les prestations prévues sont strictement celles indiquées au I, le financement de la couverture est assuré à parts égales entre l'employeur et le salarié, sauf si une moindre participation des salariés est décidée selon l'une ou l'autre des modalités prévues par l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque tout ou partie des prestations prévues sont supérieures à celles indiquées au I, le financement de la part des prestations supérieure au minimum conventionnel est fixé selon l'une ou l'autre des modalités prévues par l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

V.2 – Financement des actions de solidarité et de prévention accessoires à la couverture

Le fonds collectif visé au IV est financé :

1° / par une contribution forfaitaire dont le montant est décidé chaque année par accord au sein de la Commission Paritaire Nationale visée à l'article 1-04 *bis* a) de la Convention collective. Cette contribution est prélevée par l'organisme de référence IRP AUTO Prévoyance-Santé lors du versement de toute rémunération donnant lieu à l'établissement d'un bulletin de salaire*.

2° / par tout versement annuel décidé par le conseil d'administration de l'organisme de référence IRP AUTO Prévoyance-Santé;

3° / par tout autre abondement ou subvention non contraires aux dispositions légales en vigueur.

(Voir ci-après, la notice d'information sur la « portabilité » annexée au RPCS)

* Contribution d'un euro par mois à la charge de l'employeur plus un euro par mois à la charge du salarié, fixée par accord du 10 décembre 2014, étendu par arrêté du 27 avril 2015 (J.O du 13 mai).

PORTABILITÉ DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Notice d'information prévue par l'article 1-18 b de la convention collective*

1- Nature des garanties

Les anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage peuvent conserver, pour eux-mêmes et, si le contrat de l'entreprise le prévoit, leurs ayants droit, le bénéfice des garanties complémentaires de santé, pendant leur période de chômage et pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail appréciée en mois entiers, dans la limite de douze mois de couverture.

L'organisme assureur se charge de prolonger automatiquement et gratuitement la couverture des garanties en vigueur dans l'entreprise, dans les conditions et limites de durée indiquées ci-dessus.

2- Information du salarié sur ses droits

Lors de la rupture du contrat de travail susceptible d'ouvrir droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'employeur est tenu de délivrer au salarié les informations qui lui permettent de connaître précisément la nature et la durée de ses droits au titre de la portabilité des garanties. L'employeur est tenu de mentionner l'existence de ces droits lors de la remise du certificat de travail. La preuve de l'accomplissement de cette obligation d'information peut être apportée par tout moyen, et notamment par l'envoi de la présente notice par lettre recommandée avec accusé de réception ou par signature d'un reçu en main propre.

L'ancien salarié n'a aucune démarche à accomplir pour être couvert dans les conditions indiquées au point 1 ci-dessus. S'il souhaite cependant renoncer au maintien des garanties au titre de la portabilité, cette renonciation, qui est définitive, concerne l'ensemble des garanties de prévoyance et de santé, obligatoires ou facultatives, et doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'organisme assureur, ou aux organismes assureurs lorsqu'il y en a plusieurs, dans les dix jours qui suivent la date de cessation du contrat de travail.

3- Réalisation des risques assurés

Lorsqu'un des risques couverts au titre de la portabilité s'est réalisé, le versement de la prestation par l'organisme assureur est subordonné :

- à la production d'un certificat de travail conforme aux prescriptions de l'article 1-18 b) de la Convention collective ;
- à la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage au moment de la réalisation des actes médicaux, des soins ou des événements ouvrant droit aux garanties. Est considéré comme pris en charge, l'ancien salarié qui est éligible aux allocations de l'assurance chômage, ce qui résulte de l'inscription comme demandeur d'emploi et de l'attestation de l'ouverture du droit aux allocations de l'assurance chômage ;
- à la production des documents justificatifs en vue de la prise en charge.

4- Fin des droits

L'ancien salarié est tenu d'informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité, dans les 10 jours qui suivent la réception de la notification de cessation des droits.

* Notice modifiée en dernier lieu par l'avenant n° 79 du 20 septembre 2016, étendu par arrêté du 6 février 2017 (J.O. du 16 février).

