

Brochure n° 3010

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 1978. – FLEURISTES, VENTE**  
**ET SERVICES DES ANIMAUX FAMILIERS**

ACCORD DU 27 JANVIER 2011  
RELATIF AUX FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1150552M  
IDCC : 1978

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux, réunis en commission mixte paritaire les 15 décembre 2010 et 27 janvier 2011, ont décidé de créer, au sein de la branche fleuristes, vente et services des animaux familiers, un régime frais de santé, complétant la convention collective nationale du 21 janvier 1997 étendue.

Cet accord permet de renforcer l'attractivité de la branche et de favoriser l'accès des salariés à des dispositifs de santé sans considération d'âge ni d'état de santé, et à des tarifs avantageux.

Pour ce faire, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation du risque « frais de santé » auprès d'un organisme d'assurance désigné, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Objet de l'accord*

Le présent accord collectif instaure en complément du régime conventionnel de prévoyance :

- une garantie frais de santé obligatoire au profit des salariés des entreprises de la branche des fleuristes, vente et services des animaux familiers. Ce régime est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets pris pour son application (notamment le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005) ;
- une mutualisation du régime frais de santé auprès d'un organisme désigné : l'institution de prévoyance du groupe Mornay (IPGM).

**Article 2**

*Champ d'application professionnel et géographique*

Conformément aux dispositions de l'avenant n° 9 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 relatif au champ d'application, modifiant l'article 1.1 de la convention collective nationale du 21 janvier 1997 étendue, le présent accord vise les entreprises en France métropolitaine, dans les DOM, Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte et s'applique à l'ensemble des salariés cadres et non cadres de la profession appartenant à des entreprises ou établissements exerçant les activités économiques principales suivantes :

Par fleuriste, il convient d'entendre les entreprises ou établissements spécialisés référencés aux codes :

- NAF 47.76Z et NAFA 47.76Z.P : commerce de détail de fleurs, plantes, graines, engrais, animaux de compagnie et aliments pour ces animaux en magasin spécialisé ;
- NAF 47.89Z : autres commerces de détail sur éventaires et marchés,

dont l'activité principale se caractérise par la vente des produits référencés par la codification des produits française : CPF 47.00.77 commerce de détail de fleurs, plantes et semences.

Cette sous-catégorie de produits comprend :

- vente au détail de fleurs, plantes et graines ;
- vente au détail de plants, arbres et arbustes.

Cette sous-catégorie de produits comprend aussi :

- réalisation d'assemblages, de compositions florales, couronnes, de bouquets secs, etc.

Le commerce de détail de vente d'animaux familiers, la vente de produits pour animaux familiers, ainsi que les services de toilettage, dressage, pension et éducation d'animaux familiers, qui sont généralement référencés aux codes NAF

### Article 3

#### *Adhésion des entreprises au régime frais de santé conventionnel*

A compter de l'entrée en vigueur du présent accord, l'obligation d'adhérer au régime frais de santé s'applique aux entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale étendue fleuristes, vente et services des animaux familiers, ainsi que celles qui y ont adhéré, soit nouvellement créées quelle que soit leur forme juridique, soit préexistantes.

De même, l'affiliation des salariés résulte du présent accord et a un caractère obligatoire.

Les entreprises sont tenues de régulariser administrativement leur adhésion auprès de l'organisme d'assurance désigné à l'article 10, en retournant le bulletin d'adhésion visé à l'article R. 932-1-3 du code de la sécurité sociale dûment rempli.

Les entreprises qui, à la date d'effet du présent accord, ne disposent pas d'un régime frais de santé proposant, des niveaux et conditions de garanties strictement supérieures, risque par risque, y compris la portabilité (dans les conditions visées à l'article 8C ci-dessous), à celles visées à l'article 6 du présent accord, devront adhérer au régime frais de santé obligatoire auprès de l'organisme d'assurance désigné pour la totalité du personnel visé à l'article 4 ci-après ; et ce dans un délai ne pouvant excéder 12 mois à compter de la date d'effet de l'accord et au plus tard à la date d'échéance de leur contrat en cours.

### Article 4

#### *Salariés bénéficiaires du régime frais de santé*

L'ensemble des salariés (y compris les mandataires sociaux ayant le statut de salarié, les apprentis et les personnes en contrat de professionnalisation) titulaires d'un contrat de travail non suspendu <sup>(1)</sup>, à durée déterminée ou indéterminée, cadres et non cadres, présents à l'effectif des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord de prévoyance de la convention collective nationale fleuristes, vente et services des animaux familiers bénéficie du régime frais de santé à partir de 1 mois d'ancienneté dans l'entreprise.

La notion de salariés présents à l'effectif comprend tous les salariés, au travail ou en arrêt pour cause de maladie ou accident au jour de l'entrée en vigueur du présent accord.

Le salarié bénéficiaire du présent accord est nommé ci-après le participant.

### Article 5

#### *Financement du régime frais de santé*

Les taux de cotisation varient en fonction du régime frais de santé retenu par l'entreprise :

- régime frais de santé de base ;
- régime frais de santé amélioré.

Elles sont dues rétroactivement à la date d'embauche du participant dès qu'il a rempli la condition d'ancienneté requise pour bénéficier de la garantie frais de santé.

Le paiement de cette cotisation génère une prise en charge rétroactive dès la date d'entrée des frais engagés durant cette période.

#### A. – Régime frais de santé de base

Les cotisations forfaitaires mensuelles s'élèvent à :

(En euros.)

RÉGIME GÉNÉRAL (HORS ALSACE-MOSELLE)			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	20	10	10
Extension facultative conjoint	23	-	23
Extension facultative par enfant (gratuité à partir du troisième)	11	-	11

(1) La garantie est suspendue de plein droit dans les cas où le contrat de travail est suspendu sans maintien total ou partiel de la rémunération et sans versement d'indemnités journalières complémentaires, financées en tout ou partie par l'employeur.

(En euros.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	14,60	7,30	7,30
Extension facultative conjoint	16,70	-	16,70
Extension facultative par enfant (gratuité à partir du troisième)	8	-	8

## B. – Régime frais de santé amélioré

Les cotisations forfaitaires mensuelles s'élèvent à :

(En euros.)

RÉGIME GÉNÉRAL (HORS ALSACE-MOSELLE)			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	25	12,50	12,50
Extension facultative conjoint	29,65	-	29,65
Extension facultative par enfant (gratuité à partir du troisième)	14	-	14

(En euros.)

RÉGIME ALSACE-MOSELLE			
Garantie	Taux de cotisation	Part employeur	Part salarié
Frais de santé obligatoire salarié seul	18,26	9,13	9,13
Extension facultative conjoint	21,55	-	21,55
Extension facultative par enfant (gratuité à partir du troisième)	10,20	-	10,20

## Article 6

### *Prestations du régime frais de santé*

#### A. – Respect des critères de responsabilité

Le régime conventionnel frais de santé de la convention collective nationale étendue des fleuristes, vente et services des animaux familiers est en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » et les décrets pris pour son application (notamment le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005). En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonné, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonné, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1.

Les obligations de prise en charge prévues en cas de respect du parcours de soins coordonnés sont respectées. De même, la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour au moins deux des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, figurant sur la liste définie par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006, est intégralement prise en charge.

## B. – Etendue de la garantie

Seuls les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires et autres frais concernant en tout état de cause des spécialités ou actes à caractère thérapeutique, entrant dans les nomenclatures (la nomenclature générale des actes professionnels [NGAP], ou la classification commune des actes médicaux [CCAM]) et ayant donné lieu à remboursement de la sécurité sociale sont pris en considération pour la détermination des prestations versées par l'organisme d'assurance désigné dans les conditions et limites prévues aux tableaux ci-après.

En aucun cas, l'institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la sécurité sociale.

La garantie comprend le remboursement de la participation forfaitaire supportée par l'assuré en application des dispositions de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pour les actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à un montant fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (à titre indicatif, à 120 € pour 2011).

Le montant des prestations versées par l'organisme d'assurance désigné ajouté, d'une part, aux remboursements du régime de la sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire et, d'autre part, aux montants de la contribution forfaitaire, des franchises médicales et de l'éventuelle majoration de participation financière maintenue à la charge de l'assuré ne peut excéder les dépenses engagées, déclarées à la sécurité sociale.

## C. – Personnes garanties

Le participant est le seul bénéficiaire obligatoire du régime conventionnel frais de santé.

Cependant, il a également droit, en contrepartie du paiement de cotisations liées aux extensions facultatives décrites à l'article 5 « Financement du régime frais de santé », au remboursement des frais engagés par :

- le conjoint, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou le concubin. Le concubin doit vivre sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;
- les enfants du participant ou de son conjoint, ou de son partenaire de Pacs ou de son concubin :
  - à sa charge au sens de l'article L. 313-3 du code de la sécurité sociale ;
  - ou âgés de moins de 21 ans, sous contrat d'apprentissage et sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime frais de santé au titre de leur activité salariée,

relevant du même foyer fiscal.

## D. – Régime frais de santé de base

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS (SECTEUR CONVENTIONNÉ UNIQUEMENT)
Honoraires médicaux (consultations, visites)	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Frais pharmaceutiques	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Honoraires chirurgicaux : – actes de chirurgie – actes d'anesthésie – actes techniques médicaux – actes d'obstétrique	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Hospitalisation/frais de séjour (groupe homogène de séjour)	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale limitée au forfait en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement
Frais d'analyses médicales	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Frais d'auxiliaires médicaux	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Radiologie : – acte d'imagerie	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
Echographie	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS (SECTEUR CONVENTIONNÉ UNIQUEMENT)
<b>Dentaire</b> – soins dentaires  – prothèses dentaires remboursées <sup>(2)</sup> par la sécurité sociale  – soins orthodontiques remboursés <sup>(2)</sup> par la sécurité sociale	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale  100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>  100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
<b>Optique (remboursée par la sécurité sociale) :</b> – verres de lunettes – montures de lunettes – lentilles correctrices, jetables ou non jetables	Forfait global de 3 % du plafond mensuel de la sécurité sociale <sup>(3)</sup> par an et par bénéficiaire
<b>Orthopédie, appareillage, prothèse autre que dentaire</b>	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
<b>Autres soins et traitements</b> (indemnité kilométrique, indemnité de déplacement, frais de transport)	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
<b>Actes de prévention</b> (en application de l'article R. 871-2-II du code de la sécurité sociale) : – détartrage annuel complet – scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans (dentaire) – bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans – dépistage de l'hépatite B – dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans – acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans – les vaccinations (diphtérie, tétanos et poliomyélite ; 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 ; <i>Haemophilus influenzae</i> B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois)	Pris en charge au titre du poste dont il relève, et au minimum au niveau du ticket modérateur
(1) BR SS : base de remboursement de la sécurité sociale. (2) Les actes non remboursables inscrits à la CCAM et/ou non inscrits à la NGAP (hors nomenclature) ne sont pas pris en charge. (3) Le plafond retenu est celui en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement. NB. – Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets pris pour son application (notamment le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005) : ne sont ainsi notamment pas pris en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majorations du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés.	

#### E. – Régime frais de santé amélioré

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS (SECTEUR CONVENTIONNÉ UNIQUEMENT)
<b>Honoraires médicaux</b> (consultations, visites)	110 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
<b>Frais pharmaceutiques</b>	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
<b>Honoraires chirurgicaux</b> – actes de chirurgie – actes d'anesthésie – actes techniques médicaux	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>

NATURE DES FRAIS	MONTANT DES PRESTATIONS (SECTEUR CONVENTIONNÉ UNIQUEMENT)
– actes d'obstétrique	
Hospitalisation/frais de séjour (groupe homogène de séjour)	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
Forfait hospitalier	Prise en charge intégrale limitée au forfait en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement
Chambre particulière (hors maternité)	3 % du plafond mensuel de la sécurité sociale <sup>(2)</sup>
Frais d'analyses médicales	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
Frais d'auxiliaires médicaux	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
<b>Radiologie :</b>	
– acte d'imagerie	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
Echographie	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
<b>Dentaire :</b>	
– soins dentaires	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
– prothèses dentaires remboursées <sup>(3)</sup> par la sécurité sociale	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
– soins orthodontiques remboursés <sup>(3)</sup> par la sécurité sociale	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup>
<b>Optique (remboursée par la sécurité sociale) :</b>	
– verres de lunettes	Forfait global de 5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale <sup>(2)</sup> par an et par bénéficiaire
– montures de lunettes	
– lentilles correctrices, jetables ou non jetables	
<b>Orthopédie, appareillage, prothèse autre que dentaire</b>	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
<b>Autres soins et traitements</b> (indemnité kilométrique, indemnité de déplacement, frais de transport)	100 % de la BR SS <sup>(1)</sup> sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
<b>Actes de prévention</b> (en application de l'article R. 871-2-II du code de la sécurité sociale) :	
– détartrage annuel complet	Pris en charge au titre du poste dont il relève, et au minimum au niveau du ticket modérateur
– scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans (dentaire)	
– bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans	
– dépistage de l'hépatite B	
– dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans	
– acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans	
– les vaccinations (diphtérie, tétanos et poliomyélite ; 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 ; <i>Haemophilus influenzae</i> B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois).	
<p>(1) BR SS : base de remboursement de la sécurité sociale.  (2) Le plafond retenu est celui en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement.  (3) Les actes non remboursables inscrits à la CCAM et/ou non inscrits à la NGAP (hors nomenclature) ne sont pas pris en charge.  NB. – Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets pris pour son application (notamment le décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005) : ne sont ainsi notamment pas pris en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majorations du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés.</p>	

## Article 7

### *Maintien des garanties en application de l'article 4 de la loi Evin*

Au titre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », la couverture frais de santé organisée au présent accord sera maintenue à l'identique :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité de travail 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 que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la cessation du maintien de garanties relative à la mise en œuvre de la portabilité définie à l'article 8 ;
- 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 suivants le décès.

Les tarifs appliqués aux personnes visées ci-dessus ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

## Article 8

### *Rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage – « Portabilité »*

#### A. – Dispositions générales

Conformément à l'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 et ses avenants, en cas de rupture du contrat de travail à durée indéterminée ou de rupture ou de fin de contrat à durée déterminée (sauf hypothèse de la faute lourde) ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, l'ex-salarié conserve le bénéfice de l'ensemble des garanties appliquées dans son ancienne entreprise, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers et dans la limite de 9 mois de couverture. En conséquence, un participant ayant travaillé moins de 1 mois dans l'entreprise ne bénéficie pas de ce maintien des garanties.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

En cas de modifications des dispositions de l'accord national interprofessionnel susvisé, une révision des conditions de ces garanties et du montant de la cotisation devra être effectuée, et ce dès la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

#### B. – Mise en œuvre et déroulement de la portabilité

L'employeur doit proposer au salarié dont le contrat de travail est rompu dans les conditions rappelées ci-dessus le maintien de la couverture frais de santé dont il bénéficiait en tant que salarié.

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties. Dans ce cas, la renonciation qui est définitive et concerne l'ensemble des garanties dont il bénéficiait dans l'entreprise doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur, dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

En cas d'acceptation du salarié ou à défaut de renonciation expresse, le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier de ce dispositif qui entre en application à la date de cessation du contrat de travail, l'ancien salarié doit fournir à l'ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus.

La suspension des allocations de 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 prolongé d'autant.

Le maintien des garanties cesse à :

- la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- la date d'effet de la retraite sécurité sociale ;
- l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit et ce, dans la limite de 9 mois ;
- la date d'effet de la dénonciation du présent accord, tel que défini à l'article 16.

#### C. – Financement

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation uniquement pour la cotisation appelée au titre de la garantie frais de santé obligatoire salarié seul. Le financement est inclus dans les cotisations obligatoires appelées au titre des participants en activité et fixées à l'article 5 « Financement du régime frais de santé ».

Les extensions familiales ne sont pas prises en compte au titre de la mutualisation.

Le maintien des garanties supérieures au régime conventionnel (régimes surcomplémentaires et les extensions conjoint et/ou enfant) est organisé au sein de chaque entreprise par l'employeur.



## **Article 9**

### *Evolution des dispositions légales et réglementaires*

Pour les garanties dont les montants et modalités sont établis en considération des conditions légales et réglementaires en vigueur, les changements apportés à ces conditions postérieurement à cet accord ne sauraient avoir pour effet d'augmenter l'étendue des engagements de l'organisme d'assurance désigné qui sera, en pareil cas, fondé à proposer aux partenaires sociaux les aménagements nécessaires aux garanties et/ou aux cotisations du régime frais de santé.

## **Article 10**

### *Désignation de l'organisme d'assurance*

Afin d'assurer la mutualisation, le portage et le pilotage du régime frais de santé de la convention collective nationale fleuristes, vente et services des animaux familiers, les parties au présent accord ont désigné, en qualité d'organisme assureur, l'institution de prévoyance de groupe Mornay (IPGM), institution de prévoyance agréée régie par le code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé Tour Mornay, 5-9, rue Van-Gogh, 75012 Paris.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux signataires devront, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. Pour ce faire, la commission mixte paritaire se réunira 6 mois avant l'échéance qui précédera l'expiration de ce délai de 5 ans.

## **Article 11**

### *Communication et information*

Conformément aux dispositions de l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur désigné remettra à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la remettre à ses salariés, une notice d'information qui définit les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les cas de nullité, de déchéances, d'exclusions ou de limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

## **Article 12**

### *Etablissement des comptes de résultats*

Les comptes de résultats du régime frais de santé seront établis par l'organisme assureur désigné, en application des dispositions prévues par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de son décret d'application n° 90-769 du 30 août 1990. Ces comptes seront transmis aux partenaires sociaux, au plus tard le 31 août suivant l'exercice clos.

Afin de permettre un meilleur suivi technique et une meilleure appréhension de l'équilibre du régime frais de santé, les résultats correspondant au maintien des garanties tel que visé à l'article 8 relatif à la portabilité seront isolés. Le compte de résultats correspondant à ce maintien des garanties sera présenté à la fin d'une période de 2 ans afin de mesurer son impact sur le régime frais de santé de la branche ; en cas de déficit le coût de la mutualisation de la portabilité sera financé intégralement par prélèvement sur les réserves constituées aux comptes de résultats.

## **Article 13**

### *Comité paritaire de suivi du régime*

Le comité de suivi prévu à l'article 10-D de l'avenant n° 5 du 22 mars 2005 à l'accord « Prévoyance » du 9 décembre 1997 qui instaure un comité paritaire de gestion voit ses attributions étendues au suivi du présent accord collectif santé.

## **Article 14**

### *Information sur le régime supplémentaire facultatif frais de santé*

En complément du régime conventionnel frais de santé de base, les entreprises peuvent souscrire auprès de l'organisme assureur désigné un contrat collectif à adhésion facultative permettant aux salariés de renforcer, pour eux-mêmes et/ou leur conjoint et/ou leur enfant, leurs garanties de base. A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié une option supplémentaire facultative.

Ce choix des entreprises sera fait par voie d'accord, référendum ou décision unilatérale, conformément aux exigences de formalismes de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

## **Article 15**

### *Caractère impératif du présent accord*

Conformément aux dispositions légales en vigueur, aucune dérogation au présent accord n'est possible par accord collectif d'entreprise ou d'établissement, ou de groupe.

## **Article 16**

### *Entrée en vigueur. – Durée. – Révision. – Dénonciation. – Formalités de dépôt*

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt requises par la loi et de la procédure d'extension, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail et de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.



Il pourra, à tout moment, être révisé ou dénoncé en respectant la procédure prévue respectivement par les articles L. 2261-7, L. 2261-8 et L. 2261-9 à L. 2261-12 du code du travail.

La demande de révision peut intervenir à tout moment, à l'initiative de l'une des parties signataires. Elle doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

De nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

L'accord dénoncé continue à produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 6 mois.

En tout état de cause et sauf accord contraire des parties, y compris de l'organisme assureur, la dénonciation ne pourra avoir d'effet qu'à l'échéance annuelle de la convention d'assurance collective.

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée, il prendra effet le 1<sup>er</sup> avril 2011 ou le premier jour du trimestre civil qui suit la date de publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* si celle-ci intervient après le 1<sup>er</sup> avril 2011.

Fait à Paris, le 27 janvier 2011.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations patronales :**

FNFF ;  
PRODAF.

**Syndicats de salariés :**

FNECS CFE-CGC ;  
FGTA FO ;  
CSFV CFTC ;  
FS CFTD ;  
FEC CGT-FO.