

EDITEE PAR UNS CGT FJT

**LES ORGANISATIONS SYNDICALES ET PATRONALES
DE LA COMMISSION PARITAIRE NATIONALE
DE GESTION DE LA PREVOYANCE
DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS ET SERVICES POUR
JEUNES TRAVAILLEURS**

dont le siège social est à **PARIS (75010)**
14 Passage Dubail

et

MACIF-MUTUALITE
(ci-après dénommé "l'organisme assureur")

dont le siège social est à **NIORT (79000)**
2 et 4, rue Pied de Fond

**CONVIENNENT DES DISPOSITIONS SUIVANTES FORMANT
CONVENTION N° 50120000**

La gestion du contrat est effectuée par Macif-Mutualité Gestion (Centre de gestion : 76, avenue Léon Blum - 38030 GRENOBLE Cedex 2)

MACIF - Mutualité

Santé et prévoyance
Mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité
immatriculée sous le numéro 429127921

Le contrat est régi par le Code de la Mutualité. Il est constitué des chapitres ci-après :

CHAPITRE 1 DISPOSITIONS COMMUNES	4
Article 1 . OBJET DU CONTRAT	4
Article 2 . REVISION	4
Article 3 . RAPPORT ANNUEL.....	4
CHAPITRE 2 DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS ET SERVICES POUR JEUNES TRAVAILLEURS.....	5
Article 1 . EFFET, DUREE	5
Article 2 . ADMISSION A L'ASSURANCE ET CESSATION DE L'ASSURANCE	5
Article 3 . COTISATION.....	5
Article 4 . DECLARATIONS.....	6
Article 5 . INFORMATION DES PARTICIPANTS.....	7
Article 6 . SUBROGATION.....	7
Article 7 . PRESCRIPTION.....	7
Article 8 . RECLAMATION	7
CHAPITRE 3 GARANTIE FRAIS DE SANTE	8
Article 1 . OBJET DE LA GARANTIE	8
Article 2 . AYANTS DROIT	8
Article 3 . ETENDUE DE LA GARANTIE.....	8
Article 4 . PRESTATIONS.....	9
Article 5 . REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	10
CHAPITRE 4 MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE DECES DU PARTICIPANT	11
CHAPITRE 5 ASSURANCE INDIVIDUELLE	12

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est la commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

EDITEE PAR UNS CGT FJT

Fait à Paris, en deux exemplaires, le 28 avril 2005.

Pour l'Organisme assureur :

Catherine TOUVREY

Pour les organisations syndicales et patronales de la Commission Paritaire Nationale de Gestion de la Prévoyance composée des membres mandatés par leur organisation respective :

SNEFOS-JT :

Jean-Pierre CORNALI

Signataire

Fédération CFTC Santé et Sociaux :

Gérard SAUTY

Signataire

Fédération CFDT de Santé et Services Sociaux :

Eric HOUBLOUP

Signataire

Fédération française de la santé, de la médecine
et de l'action sociale **CFE-CGC :**

C. ESPERANCE

UNS.CGT.FJT :

Didier PHILIPPON

Signataire

Chapitre 1

DISPOSITIONS COMMUNES

La présente convention, régie par le CODE DE LA MUTUALITE, est conclue entre MACIF-MUTUALITE et la Commission Paritaire Nationale de Gestion de la Prévoyance des Organismes Gestionnaires de Foyers et Services pour Jeunes Travailleurs, dont les membres sont mandatés d'une part, par le Syndicat National Employeur des Foyers et Services pour Jeunes Travailleurs, et d'autre part, par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national, adhérentes ou signataires de la convention collective nationale.

Article 1. OBJET DE LA CONVENTION

Dans le cadre des chapitres 17 et 18 de l'accord collectif en date du 16 juillet 2003 modifiant le régime de frais de santé au profit des salariés des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs, la présente convention a pour objet d'assurer, pour la garantie FRAIS DE SANTE visée au chapitre 3, **l'ENSEMBLE DES MEMBRES DU PERSONNEL de chaque association entrant dans le champ d'application de la convention collective** ; ces membres devant répondre aux conditions d'admission visées au Chapitre 2 – article 2 « Conditions d'admission à l'assurance ».

Dans la suite de la convention, ledit groupe est dénommé "groupe assuré".

Par avenant à l'accord, en date du 1^{er} décembre 2004, MACIF-MUTUALITE est désigné comme étant le seul organisme assureur de l'ensemble dudit régime de prévoyance.

Article 2. REVISION

Les parties à la présente convention conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier les conditions préexistantes d'application de la convention de gestion. **Lorsqu'une décision à caractère législatif ou réglementaire, ou un accord collectif, vient à modifier la portée des engagements de MACIF-MUTUALITE, les conditions de l'assurance seront révisées d'un commun accord entre les parties.**

Article 3. RAPPORT ANNUEL

Outre son rôle de conseil, MACIF-MUTUALITE présente et commente chaque année à la commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance, avant le 31 mai de l'année qui suit la clôture du précédent exercice, un rapport détaillé sur les comptes de résultat et le bilan du régime.

La commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance informera MACIF-MUTUALITE de la tenue de la séance de la Commission, devant laquelle les comptes devront être présentés, au moins 30 jours avant la date prévue.

MACIF-MUTUALITE transmettra le rapport annuel au plus tard 10 jours avant la date communiquée par la commission aux organisations syndicales de la branche.

Article 4. APPLICATION DES TEXTES CONVENTIONNELS

Toute difficulté d'application, des garanties et dispositions conventionnelles définies dans les chapitre XVII et XVIII de la Convention Collective, rencontrée par MACIF- MUTUALITE sera soumise pour décision à la Commission Paritaire de gestion du régime.

Chapitre 2

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS ET SERVICES POUR JEUNES TRAVAILLEURS

Les Organismes Gestionnaires de Foyers et Services pour Jeunes Travailleurs doivent adhérer obligatoirement auprès de MACIF-MUTUALITE.

L'adhésion de chaque association donne lieu à l'établissement d'un certificat d'adhésion.

Article 1. EFFET, DUREE

Chaque adhésion prend effet à la date **fixée au certificat d'adhésion** et expire le 31 décembre suivant. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier pour autant que la présente convention ne soit pas résiliée.

Article 2. ADMISSION A L'ASSURANCE ET CESSATION DE L'ASSURANCE

1. CONDITIONS D'ADMISSION A L'ASSURANCE

Pour être admis à l'assurance, le salarié doit :

- appartenir au groupe assuré,
- être affilié à la Sécurité sociale,
- être sous contrat de travail non suspendu pour congé pour création d'entreprise, congé sabbatique.

Tout membre du personnel admis à l'assurance est, dans la suite de la convention, appelé "participant".

2. DATE D'ADMISSION A L'ASSURANCE

L'admission à l'assurance a lieu :

- dès la date d'appartenance au groupe assuré
- et, au plus tôt, à la date d'effet de la convention de gestion ou du certificat d'adhésion de l'association.

3. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance est suspendue pendant les congés visés au paragraphe 1 du présent article. Elle cesse quand prend fin l'appartenance au groupe assuré (rupture du contrat de travail, départ en préretraite, retraite...) et, au plus tard, à la date de résiliation de la présente convention ou du certificat d'adhésion de l'association.

Article 3. COTISATION

1. MONTANT

La cotisation mensuelle est fixée comme suit au 1^{er} juillet 2005 :

51 euros par mois pour les salariés relevant du Régime Général de la Sécurité Sociale,

28 euros par mois pour les salariés relevant du Régime Local « Alsace-Moselle »,

L'évaluation de la cotisation fera l'objet chaque année d'une négociation entre l'organisme assureur et la commission paritaire sur la base du rapport annuel visé à l'Article 3 du Chapitre 1 « Dispositions Communes ».

2. PAIEMENT

La cotisation est payable trimestriellement selon les modalités ci-après :

- dans le courant du mois qui suit chacun des trois premiers trimestres civils, l'association adhérente verse un acompte égal à la cotisation due au titre du trimestre écoulé,
- avant le 15 Février de chaque année civile, l'organisme gestionnaire adhérent verse le solde de la cotisation afférente à l'année civile écoulée.

Les moyens de paiement, établis par l'association adhérente, seule responsable du paiement de la cotisation, doivent être libellés au nom de MACIF-MUTUALITE.

A défaut de paiement dans les 10 jours qui suivent l'échéance, MACIF-MUTUALITE peut en justice l'exécution de l'adhésion par l'association adhérente. La commission paritaire nationale de gestion du régime est tenue informée par MACIF- MUTUALITE des défauts de paiement de plus d'un trimestre.

Article 4. DECLARATIONS

1. ENTREE DANS L'ASSURANCE

Pour chaque entrée dans l'assurance, l'association adhérente doit fournir au Centre de gestion un bulletin individuel d'affiliation dûment complété et accompagné des documents ci-après :

- concernant le participant : photocopie du document tenant lieu de carte de Sécurité sociale et relevé d'identité bancaire, postal ou autre,
- concernant les ayants droit du participant, tels que visés au chapitre 2, lorsqu'ils sont eux-mêmes assurés sociaux : photocopie du document tenant lieu de carte de Sécurité sociale et, selon le cas :
 - . s'agissant des enfants : certificat de scolarité et, le cas échéant, photocopie du contrat de formation en alternance,
 - . s'agissant d'un concubin : certificat de concubinage notoire, ou à défaut, attestation sur l'honneur de vie commune,
 - . s'agissant d'une personne liée au participant par un pacte civil de solidarité : photocopie dudit pacte.

Les pièces visées ci-dessus exigées pour les enfants assurés sociaux sont à renouveler annuellement.

2. MODIFICATION DE LA SITUATION D'UN PARTICIPANT

Toute modification de la situation d'un participant doit faire l'objet d'une information immédiate au Centre de gestion et de la fourniture des documents adéquats tels que susvisés. S'agissant de l'ajout d'un ayant droit nouveau-né, la photocopie de la page correspondante du livret de famille doit être transmise. S'agissant de la suppression d'un ayant droit, l'éventuelle carte de tiers payant doit être restituée sans délai.

3. SORTIE DE L'ASSURANCE

Toute sortie de l'assurance doit faire l'objet d'une information immédiate au Centre de gestion, avec restitution concomitante de la ou des cartes de tiers payant.

4. ETAT RECAPITULATIF DES ENTREES ET SORTIES D'ASSURANCE

Chaque année, avant le dix janvier, lors du paiement du solde de la cotisation annuelle, l'association adhérente rappelle au Centre de gestion les dates d'entrée et sortie de l'assurance au cours de l'année écoulée.

Article 5. INFORMATION DES PARTICIPANTS

L'employeur est légalement tenu de remettre à chaque participant une notice établie par MACIF-MUTUALITE et d'informer chaque participant des éventuelles modifications apportées à ses droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice au participant et de l'information relative aux éventuelles modifications contractuelles incombe à l'employeur.

Article 6. SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, l'organisme assureur est subrogé dans les droits et actions du participant ou de ses ayants droit contre les tiers responsables. L'organisme assureur peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'il a exposées à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Article 7. PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 8. RECLAMATION

Toute réclamation est à adresser en priorité à l'interlocuteur habituel. Si un désaccord subsiste, il convient alors de s'adresser :

à l'organisme assureur :

MACIF-MUTUALITE
58, Rue de la Victoire - 75435 PARIS Cedex 09

Par l'intermédiaire de la commission paritaire nationale de gestion de la prévoyance :

Commission Paritaire Nationale de Gestion de la Prévoyance
14 Passage Dubail – 75010 PARIS

Chapitre 3

GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 1. OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement de prestations complémentaires aux prestations en nature de la Sécurité sociale concernant le participant et les personnes pour lesquelles il ouvre droit à garantie (ayants droit tels que visés à l'article 2).

Article 2. AYANTS DROIT

1. Le participant ouvre droit à garantie pour :

- toutes les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à sa charge (1)
- son conjoint assuré social et les personnes considérées par la Sécurité sociale comme étant à la charge de ce dernier (1),
- ses enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans et :
 - . étudiants (2),
 - . handicapés (3).

2. A défaut de conjoint, les dispositions prévues pour le conjoint assuré social sont transposables au concubin assuré social ou à la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité, sur présentation selon le cas, d'un certificat de concubinage notoire (ou, à défaut, d'une attestation sur l'honneur de vie commune) ou de la copie du pacte civil de solidarité.

(1) Code de la Sécurité sociale : article L 313-3 (conjoint, enfants) ; article L 161-14 (concubin,...)

(2) Etudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois dans l'année ou, dans le cas contraire, que la rémunération versée par l'employeur ou l'école ne dépasse pas 60 % du SMIC

(3) Handicapés percevant l'une ou l'autre des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975

Article 3. ETENDUE DE LA GARANTIE

Les frais ouvrant droit à prestation sont les frais médicaux inhérents à une maladie, un accident ou une maternité :

- qui ont été exposés entre admission à l'assurance et cessation de l'assurance,
- qui ont ouvert droit à un remboursement de la Sécurité sociale,
- et, par dérogation, même s'ils n'ont pas ouvert droit à un remboursement de la Sécurité sociale, les frais expressément mentionnés dans le cadre de l'article 4 « PRESTATIONS ».

Article 4. PRESTATIONS

LA PRESTATION EST CALCULEE ACTE PAR ACTE ET EST, EN TOUT ETAT DE CAUSE, LIMITEE A LA DIFFERENCE ENTRE :

- d'une part : LES FRAIS EXPOSES,

- d'autre part :

. LES PRESTATIONS DE LA SECURITE SOCIALE MAJOREES, LE CAS ECHEANT, DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DES ASSURES SOCIAUX (LOI N° 2004-810 DU 13 AOUT 2004, ARTICLE 20),

. LES EVENTUELLES PRESTATIONS VERSEES PAR UN AUTRE ORGANISME D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE.

Lorsqu'il est question du plafond mensuel de la Sécurité sociale, il s'agit, sauf indication contraire, de celui en vigueur au jour de la dépense.

1 . HOSPITALISATION

Les frais pris en compte sont les frais inhérents à une hospitalisation médicale ou chirurgicale indemnisée en tant que telle par la Sécurité sociale ainsi que les frais inhérents à une intervention chirurgicale en milieu hospitalier indemnisée par la Sécurité sociale dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

Etablissements de santé publics, établissements de santé privés à tarification contractuelle

- **100 %** du ticket modérateur de la Sécurité sociale,

- **100 %** du forfait journalier institué par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983,

- **1,30 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour, s'agissant des éventuels frais supplémentaires pour chambre particulière.

Les frais de lit de l'accompagnant d'un enfant ayant droit âgé de moins de 15 ans ouvrent droit au versement d'une prestation fixée à **1,30 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par jour.

2 . FRAIS DE TRANSPORT

100 % du ticket modérateur de la Sécurité sociale.

3 . FRAIS PHARMACEUTIQUES

100 % du tarif retenu par la Sécurité sociale comme base de calcul de son remboursement sous déduction dudit remboursement.

**4 . MEDECINE AMBULATOIRE COURANTE
consultations, visites, actes d'auxiliaires médicaux, actes de biologie médicale,
actes utilisant les radiations ionisantes, actes de chirurgie et de spécialité**

100% du ticket modérateur de la Sécurité sociale

**5. OPTIQUE
verres, monture, lentilles cornéennes**

100 % du ticket modérateur de la Sécurité sociale, majoré de :

- verres, monture et lentilles acceptées (forfait global) : **5 %** du plafond mensuel de la Sécurité sociale, par année civile et par personne

- lentilles cornéennes n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale (qu'elles soient ou pas jetables) : **5 %** dudit plafond, par année civile et par personne, toutes lentilles confondues. Le plafond pris en considération est celui afférent à l'année civile concernée.

6 . DENTAIRE
Soins dentaires
300 % du remboursement de la Sécurité sociale.
Prothèses dentaires ayant ouvert droit à un remboursement de la Sécurité sociale
300 % du remboursement de la Sécurité sociale.
Orthopédie dento-faciale
300 % du tarif de responsabilité conventionnel de la Sécurité sociale.
7 . ORTHESES, PROTHESES, MATERIELS ET APPAREILS FIGURANT DANS LA LISTE DES PRODUITS ET DES PRESTATIONS REMBOURSABLES ET NON VISES PAR AILLEURS AU PRESENT ARTICLE
100 % du ticket modérateur de la Sécurité sociale.
8. FRAIS DE CURES THERMALES
Frais médicaux (surveillance thermique, traitement)
100 % du ticket modérateur de la Sécurité sociale

Article 5. REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées en 48 heures ouvrés pour les dossiers transmis par télétransmission, et en 5 jours ouvrés pour les dossiers transmis par voie postale, à réception du dossier complet par MACIF-MUTUALITE.

1. PIECES A FOURNIR

Doivent être fournies toutes les pièces nécessaires à l'application de la garantie et notamment :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale dans le cas où cette dernière n'aurait pu procéder à sa télétransmission au Centre de gestion,
- l'original de la facture détaillée (avec distinction entre "vignettes bleues" et "vignettes blanches") s'agissant de frais pharmaceutiques ayant fait l'objet d'un tiers payant,
- l'original de la prescription médicale s'agissant de frais non susceptibles d'ouvrir droit à un remboursement de la Sécurité sociale (lentilles cornéennes jetables...),
- en tant que de besoin, lorsque les frais sont supérieurs au tarif retenu par la Sécurité sociale pour le calcul de sa prestation, l'original de la facture détaillée (acte par acte) et acquittée,
- en tant que de besoin, pièces justificatives de la qualité d'ayant droit, si elles n'ont pas été transmises antérieurement à la demande de règlement,
- s'agissant d'une naissance, la photocopie de la page du livret de famille concernant l'enfant en question ou, dans le cas d'adoption plénière, la photocopie de l'acte y afférent,

2. DELAIS DE TRANSMISSION

Les demandes de prestations doivent être adressées dans les douze mois suivant la date des soins.

3. CONTROLE

L'organisme assureur se réserve le droit de faire procéder au contrôle de l'état de santé de l'intéressé et des soins effectués.

Chapitre 4

MAINTIEN DE L'ASSURANCE EN CAS DE DECES DU PARTICIPANT

Les membres de la famille du participant qui, à la date du décès de ce dernier, bénéficiaient des prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale dans le cadre de l'article L. 313-3 (conjoint, enfants...) se voient maintenir la garantie FRAIS DE SANTE du présent contrat pendant une durée d'UN AN (de date à date) à compter du jour du décès.

Il n'est pas dû de cotisation au titre du présent maintien de l'assurance.

Au-delà de cette durée, une assurance individuelle peut être souscrite conformément aux dispositions du chapitre 5.

Chapitre 5

ASSURANCE INDIVIDUELLE

Une assurance individuelle peut être souscrite auprès de l'organisme assureur dans les cas de figure ci-après, cette assurance individuelle étant accordée sans questionnaire médical ni application de stage lorsque le régime souscrit est au plus équivalent à celui du présent contrat :

RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Les anciens participants qui :

- soit perçoivent de la Sécurité sociale une rente d'incapacité permanente ou d'invalidité,
- soit sont privés d'emploi et perçoivent à ce titre un revenu de remplacement (allocations de chômage ou de préretraite),
- soit perçoivent de la Sécurité sociale une pension de retraite,

peuvent souscrire une assurance individuelle dans les SIX MOIS (de date à date) qui suivent la rupture de leur contrat de travail et par là-même la cessation de l'assurance dans le cadre du présent contrat. Le dépassement de ce délai entraîne FORCLUSION DEFINITIVE.

RESILIATION DU PRESENT CONTRAT

En cas de résiliation du présent contrat et de non-remplacement par un autre contrat d'assurance de groupe, tout participant à la date de résiliation du présent contrat peut souscrire une assurance individuelle, dans les DEUX MOIS (de date à date) qui suivent ladite date. Le dépassement de ce délai entraîne FORCLUSION DEFINITIVE.

DECES D'UN PARTICIPANT

En cas de décès d'un participant, tout ayant droit du participant peut souscrire une assurance individuelle dans les SIX MOIS (de date à date) qui suivent la date du décès (ou, pour les ayants droit ayant bénéficié du maintien de l'assurance telle que visée au chapitre 4, dans les DEUX MOIS -de date à date- qui suivent la fin dudit maintien). Le dépassement de ce délai entraîne FORCLUSION DEFINITIVE.
