

Additif à l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture des frais de santé

ENTRE :

- LA FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET D'AIDE A LA PERSONNE PRIVES NON LUCRATIFS
179, rue de Lourmel - 75015 PARIS



d'une part,

ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES SUIVANTES :

- FEDERATION FRANÇAISE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE "C.F.E. - C.G.C."
39, rue Victor-Massé - 75009 PARIS
- FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION
SOCIALE "C.G.T."
Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX
- FEDERATION DES SERVICES PUBLICS
ET DE SANTE "CGT-F.O."
153-155, rue de Rome - 75017 PARIS
- FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS
DE SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX "C.F.D.T."
47/49, avenue Simon Bolivar - 75019 PARIS
- FEDERATION SANTE
ET SOCIAUX "C.F.T.C."
34, Quai de la Loire - 75019 PARIS

d'autre part.

Il a été décidé ce qui suit :

Le présent texte a pour objet de compléter l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture des frais de santé.

Il est apparu nécessaire de créer un niveau de garanties conventionnel intermédiaire entre les bases 2 et 3 définies dans l'avenant n° 2015-01. Cet additif définit la création d'un niveau de garanties conventionnel supplémentaire appelé « Base 2 bis ». Les articles 3, 8, 10 et 13 de l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 sont complétés par le présent additif afin d'intégrer la Base 2 Bis.

Article 1.

A l'article 3 de l'avenant, le deuxième alinéa est remplacé par : « A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix - formule « Alternative 1 », formule « Alternative 2 », formule « Alternative 3 » et formule « Alternative 4 » - dont le prélèvement des cotisations sera effectué par l'employeur. ».

Article 2.

A l'article 8 de l'avenant, le deuxième alinéa est remplacé par : « Les garanties sont exprimées en remboursements de la Sécurité sociale inclus et sont présentées dans les tableaux suivants selon cinq niveaux de remboursements :

- régime de base obligatoire (Base 1) ;
- option Alternative 1 (Base 2) ;
- option Alternative 2 (Base 2 bis) ;
- option Alternative 3 (Base 3) ;
- option Alternative 4 (Base 4). »

Le tableau des garanties est complété par la Base 2 bis.

| Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale | |
|---|---|
| Garanties BASE CONVENTIONNELLE | BASE 2 BIS |
| Frais d'hospitalisation | |
| Chirurgie - Hospitalisation | |
| Conventionnée - Frais de séjour | 125% BR |
| Conventionnée - Honoraires CAS (*) | 120% BR |
| Conventionnée - Honoraires hors CAS (*) | 100% BR |
| Non conventionnée - Honoraires | 100% TM |
| Forfait hospitalier | Couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour |
| Forfait actes lourds | Couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour |
| Chambre particulière par jour | |
| Conventionnée | 1,25% PMSS |
| Forfait en ambulatoire | 0,50% PMSS |
| Personne accompagnante | |
| Conventionnée | Non couverte |
| Frais médicaux | |
| Consultations - visites Généralistes CAS (*) | 100% BR |
| Consultations - visites Généralistes hors CAS (*) | 100% BR |
| Consultations- visites Spécialistes CAS (*) | 125% BR |
| Consultations- visites Spécialistes hors CAS (*) | 100% BR |
| Pharmacie remboursée à 65% par la SS | 100% BR |
| Pharmacie remboursée à 30% par la SS | 100% BR |
| Pharmacie remboursée à 15% par la SS | 100% BR |
| Vaccins non remboursés par la Ss | - |
| Analyses | 100% BR |
| Auxiliaires médicaux | 100% BR |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS (*) | 100% BR |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors CAS (*) | 100% BR |
| Radiologie CAS (*) | 100% BR |
| Radiologie hors CAS (*) | 100% BR |
| Transport accepté par la Sécurité sociale | 100% BR |
| Prothèses et orthopédie | |
| Orthopédie et autres prothèses | 125% BR |
| Prothèses Auditives (2) | 100% BR |

| Garanties BASE CONVENTIONNELLE | BASE 2 BIS |
|--|---------------------------|
| Dentaire | |
| Soins dentaires | 100% BR |
| Onlays-Inlays | 125% BR |
| Orthodontie | |
| Acceptée par la Sécurité sociale | 200% BR |
| Refusée par la SS | 150€/semestre de soins |
| Prothèses dentaires | |
| Au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR) | |
| Remboursées : dents du sourire | 250% BR |
| Remboursées : dents du fond de bouche | 200% BR |
| Inlays-cores | 125% BR |
| Non remboursées par la SS (1) | 150€/ dent x3/ an |
| Parodontologie (1) | - |
| Implantologie (1) | - |
| Frais d'optique | |
| Verres et montures (**) | Grille optique Base 2 bis |
| Lentilles | 75€/ an/ bénéficiaire |
| Prescrites : Acceptée, refusée, jetables | |
| Chirurgie réfractive | - |
| Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) | |
| Acceptée par la Sécurité sociale par bénéficiaire, par an | - |
| Médecines douces (Osthéopathie, Etiopatie, Acupuncteur , ...) | |
| Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels / par bénéficiaire / par an | - |
| Ostéodensitométrie osseuse | |
| Par bénéficiaire/ par an | - |
| Actes de Prévention | |
| Tous les actes des contrats responsables | 100% TM |
| Patch anti-tabac par bénéficiaire, par an | - |

(*) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire du contrat d'accès aux soins

(**) Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

(1) Le remboursement des trois dents s'entend pour l'ensemble des quatre forfaits non pris en charge par la sécurité sociale (Hors nomenclature dans la future Classification Commune des Actes Médicaux pour le dentaire)

(2) Prise en charge au minimum de 100% du ticket modérateur

Grille optique Base 2 Bis :

| Grille BASE 2 BIS | Mineurs | Adultes |
|---|-----------------|-----------------|
| Type de verre | Rbt Ass. | Rbt Ass. |
| Verres Simple Foyer, Sphérique | | |
| sphère de -6 à +6 | 50 € | 70 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 75 € | 80 € |
| sphère <-10 ou >+10 | 75 € | 85 € |
| Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques | | |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6 | 60 € | 80 € |
| cylindre < +4 sphère de <-6 à >+6 | 75 € | 90 € |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6 | 75 € | 95 € |
| cylindre > +4 sphère de <-6 à >+6 | 80 € | 110 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques | | |
| sphère de -4 à +4 | 90 € | 110 € |
| sphère <-4 ou > +4 | 100 € | 130 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques | | |
| sphère de -8 à +8 | 110 € | 135 € |
| sphère <-8 ou > +8 | 115 € | 140 € |
| Monture | 70 € | 100 € |

Article 3.

A l'article 10 de l'avenant, le deuxième alinéa est remplacé par : « Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime de base obligatoire et le cas échéant, le salarié s'acquittera de la cotisation correspondant aux options « Alternative 1 », « Alternative 2 », « Alternative 3 » ou « Alternative 4 » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit. ».

Article 4.

A l'article 13.1 de l'avenant, les tableaux sont complétés par la Base 2 Bis.

Taux de cotisation pour le régime général exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale cumulé au taux de cotisation de la Base 1 (lorsque les niveaux de garanties optionnels sont mis en place à titre obligatoire au sein des structures) :

| BASE CONVENTIONNELLE | | TAUX DE COTISATION |
|----------------------|---------|--------------------|
| BASE 2 Bis | Salarié | 0.50% (15.85€) |

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014

Taux de cotisation pour le régime local exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale cumulé au taux de cotisation de la Base 1 (lorsque les niveaux de garanties optionnels sont mis en place à titre obligatoire au sein des structures) :

| BASE CONVENTIONNELLE | | TAUX DE COTISATION |
|----------------------|---------|--------------------|
| BASE 2 Bis | Salarié | 0.50% (15.85€) |

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014

A l'article 13.2 de l'avenant, le premier alinéa est remplacé par : « Dans le cadre de l'appel d'offres réalisé paritairement, les quatre organismes référencés ont communiqué conformément au cahier des charges les taux de cotisations pour les régimes optionnels pour le salarié au regard de la Base 2, de la Base 2 Bis, de la Base 3 et de la Base 4. ».

Les tableaux sont complétés par la Base 2 Bis.

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale cumulé au taux de cotisation de la Base 1 :

| BASE CONVENTIONNELLE | | TAUX DE COTISATION |
|----------------------|---------|--------------------|
| BASE 2 Bis | Salarié | 0.58% (18.39€) |

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale cumulé au taux de cotisation de la Base 1 :

| BASE CONVENTIONNELLE | | TAUX DE COTISATION |
|----------------------|----------------|---------------------------------|
| BASE 2 Bis | Salarié | 0.58% (18.58€) |

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014

A l'article 13.3 de l'avenant, le premier alinéa est remplacé par : « Dans le cadre de l'appel d'offres réalisé paritairement, les quatre organismes référencés ont communiqué conformément au cahier des charges les taux de cotisations pour les régimes facultatifs pour le conjoint et les enfants du salarié au regard de la Base 1, de la Base 2, de la Base 2 Bis, de la Base 3 et de la Base 4. ».

Les tableaux sont complétés par la Base 2 Bis.

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale:

| BASE CONVENTIONNELLE | | TAUX DE COTISATION |
|----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| BASE 2 Bis | Conjoint facultatif | 1.56% (49.45€) |
| | Enfant facultatif | 0.95% (30.12€) |

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale:

| BASE CONVENTIONNELLE | | TAUX DE COTISATION |
|----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| BASE 2 Bis | Conjoint facultatif | 1.24% (39.31€) |
| | Enfant facultatif | 0.77% (24.41€) |

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014

Article 5. Mise en conformité avec les textes réglementaires

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, dans la prise en charge des garanties Pharmacie, les termes « vignettes blanches et bleues » sont remplacés par les termes « Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale et Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale » ; les termes « vignettes oranges » sont remplacés par les termes « Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale ».

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, dans la prise en charge de la Chirurgie – Hospitalisation, la ligne suivante est ajoutée : « Non conventionnée – Honoraires » et elle est prise en charge à hauteur de 100% du ticket modérateur (100% TM) pour l'ensemble des niveaux de garanties.

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, dans la prise en charge des garanties Prothèses dentaires, les termes « Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins » sont remplacés par les termes « Au-delà de la limite de 3 prothèses dentaires par année civile remboursées par la Sécurité sociale, la garantie appliquée est celle du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR) ».

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, les termes « enfants » sont remplacés par les termes « mineurs ».

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, pour la prise en charge des garanties Frais d'optique, il est ajouté au montant de remboursement des Lentilles « par an et par bénéficiaire ».

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, pour la prise en charge des garanties Frais d'optique, à la note de bas de page « (**) », les termes « Pour les enfants (-18 ans) : un équipement annuel. Pour les adultes (+ 18 ans) : un équipement tous les deux ans sauf si évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel » sont remplacés par les termes « Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement ».

A l'article 8 de l'avenant, dans le tableau des garanties, pour la prise en charge des garanties Prothèses auditives, il est ajoutée une note de bas de page « (2) » après le tableau des garanties : « prise en charge au minimum de 100% du ticket modérateur ».

Article 6. Date d'application

Les structures adhérentes disposent d'un délai transitoire à compter de l'entrée en vigueur du présent avenant pour se conformer aux dispositions du présent texte, sans pouvoir dépasser le 1er janvier 2016 conformément à la loi.

Il est expressément convenu que son entrée en vigueur est suspendue à l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L 314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les partenaires sociaux considèrent, par souci de cohérence et d'unicité du statut collectif notamment pour les entreprises gestionnaires d'établissements relevant, pour certains du secteur social et médico-social et pour d'autres du secteur sanitaire, que cette condition suspensive s'appliquera à toutes les entreprises et établissements appliquant la convention collective du 31 octobre 1951 indépendamment du secteur d'activité concerné.

Il n'apparaît, en effet, pas envisageable aux partenaires sociaux de permettre qu'un même accord puisse s'appliquer dans les différentes entreprises et établissements relevant de la même convention collective de manière différée ou décalée dans le temps voire ne s'appliquer que dans certaines entreprises ou dans certains établissements en cas de refus définitif d'agrément.

L'obtention de l'agrément est donc une condition substantielle de son entrée en vigueur pour toutes les entreprises et établissements appliquant la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951.

Le présent avenant prendra effet sous réserve de l'agrément au titre de l'article L.314-6 modifié du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Fait à PARIS, le 22 juin 2015

La Fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne
Privés non lucratifs

La Fédération Française de la Santé et
de l'Action Sociale « CFE-CGC ».

Le Directeur Général

La Fédération de la Santé et de
l'Action sociale « CGT »

La Fédération des Services
Publics et de Santé « CGT-FO »

La Fédération Nationale
des Syndicats de Services
de Santé et Services
Sociaux « CFDT »

La Fédération Santé et Sociaux « CFTC »