

Avenant n°334 du 29 avril 2015
RÉGIME COLLECTIF DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Convention Collective Nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966

ENTRE **FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPÉES ET FRAGILES (FEGAPEI)**
14 rue de la Tombe-Issoire - 75014 PARIS
SYNDICAT DES EMPLOYEURS ASSOCIATIFS DE L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE (SYNEAS)
3 rue au Maire – 75003 PARIS

D'une part,

ET **FEDERATION DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX (CFDT)**
47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS CEDEX 19
FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS SANTE ET SOCIAUX (CFTC)
34 quai de la Loire 75019 PARIS
FEDERATION FRANCAISE DE LA SANTE, DE LA MEDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE (CFE - CGC)
39 rue Victor Massé - 75009 PARIS
FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (CGT)
Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX
FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE (CGT-FO)
7 passage Tenaille - 75014 PARIS
FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (SUD)
70, rue Philippe-de-Girard - 75018 Paris

D'autre part,

Préambule

L'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014 a complété les dispositions permanentes de la Convention Collective Nationale du 15 mars 1966 par la création d'un article 43 relatif à l'instauration d'un « Régime de complémentaire santé » et comportant 4 articles.

Ce régime s'inscrit dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale, et se doit de présenter un degré élevé de solidarité, dont les conditions restaient à fixer par décret. Ce décret étant paru le 13 décembre 2014 (*décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014*), les partenaires sociaux se sont réunis afin d'intégrer au régime conventionnel de complémentaire santé des dispositions en ce sens.

D'autre part, est également paru après la signature de l'avenant n° 328, le décret relatif au cahier des charges du contrat responsable (*décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014*), de sorte que les partenaires sociaux ont décidé de procéder à une mise en conformité immédiate.

Le présent avenant modifie les dispositions de l'avenant 328 de la Convention Collective Nationale du Travail du 15 mars 1966.

Article 1 – Modifications apportées à l'article 1

Il est ajouté à l'article 1 de l'avenant 328 du 1^{er} septembre 2014, « Objet », les dispositions suivantes :

Le régime conventionnel présente un degré élevé de solidarité, au sens de l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale et de son décret d'application n° 2014-1498 du 11 décembre 2014. A ce titre, sont prévues des prestations à caractère non directement contributif dans les conditions exposées au paragraphe 2) de l'article 3.4.

Le financement du degré élevé de solidarité est fixé à 2 % des cotisations de la base conventionnelle (hors taxes) ; il est créé, à cette fin, un fonds de solidarité dédié.

Ces actions de solidarité bénéficient à l'ensemble des salariés couverts par une garantie frais de santé dans le cadre de la mutualisation auprès des organismes assureurs recommandés.

Les Organismes recommandés visés à l'article 3.6 mettent en œuvre ces mesures au profit des salariés et anciens salariés bénéficiaires de la garantie frais de santé dans le cadre de la recommandation. Les entreprises n'adhérant pas au régime recommandé doivent mettre en œuvre ces mesures auprès des Organismes assureurs auprès desquelles elles organisent la couverture de frais de santé.

La Commission paritaire se réserve le droit de contrôler la mise en œuvre des orientations par lesdits Organismes assureurs.

Article 2 – Modifications apportées à l'article 3.4

Le paragraphe 2) de l'article 3.4 « Actions sociales » est désormais intitulé « Degré élevé de solidarité », l'intégralité des dispositions de ce paragraphe étant remplacé par ce qui suit :

Article 3.4. – Prestations

2) Degré élevé de solidarité

Au cours de la première année de fonctionnement du régime, les partenaires sociaux décideront des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du degré élevé de solidarité, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui seront identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées au fonds dédié au vu des cotisations versées. Ces actions peuvent prendre la forme suivante :

- La prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale), bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- Le financement d'actions de prévention ;
- La prise en charge de prestations d'actions sociales au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. La Commission Paritaire décide alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montants et périodes), des orientations des actions de prévention, des règles de fonctionnement et modalités en matière d'action sociale.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. A cette fin, les organismes assureurs recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre les mesures d'action sociale définies par la Commission Nationale Paritaire de Négociation.

Article 3 – Modifications apportées au 3) de l'article 3.1- Adhésion du salarié - de l'avenant 328

L'article 3.1 de l'avenant 328 en son 3) est modifié comme suit :

3) Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

- a) les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- b) les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2) à l'article 3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Pour les CDD et les apprentis, cette demande de dispense devra être formulée dans les 30 jours suivant la date d'embauche.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit dans les 30 jours suivant la date d'embauche soit dans les 30 jours suivant le changement de situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment). A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- c) les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L.863-1 du Code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- d) les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

- e) les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale. Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé dans les 30 jours suivant leur embauche ou dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés :

- elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion ;
- en cas de formalisation de leur régime par décision unilatérale, la mise en œuvre du caractère obligatoire de l'adhésion et des dispenses s'entend sans préjudice de l'application, aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce dernier article fait obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 4 – Tableaux de prestations annexés au régime conventionnel

Les garanties applicables à compter du 1er avril 2015, sous réserve d'agrément, figurent en annexe.

Article 5 – Effet et durée du présent avenant

Conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il prendra effet au 1er avril 2015 sous réserve d'agrément.

En tout état de cause, il ne fait pas obstacle aux dispositions de l'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014, qui prévoit que les entreprises disposent d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations correspondantes.

ORGANISATIONS SYNDICALES D'EMPLOYEURS

LA FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES AU SERVICE DES PERSONNES HANDICAPEES ET FRAGILES (FEGAPEI)

LE SYNDICAT DES EMPLOYEURS ASSOCIATIFS DE L'ACTION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE (SYNEAS)

ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIES

LA FEDERATION NATIONALE DES SERVICES SANTE ET SERVICES SOCIAUX (CFDT)

LA FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS SANTE ET SOCIAUX (CFTC)

LA FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (CGT)

LA FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE (CGT-FO)

LA FEDERATION FRANÇAISE DE LA SANTE, DE LA MEDECINE ET DE L'ACTION SOCIALE (CFE-CGC)

LA FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (Solidaires)

TABLEAU DE GARANTIES			
CCN66 Mise en conformité contrats responsables			
<i>Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)</i>			
GRANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base	Base + Option 1	BASE + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie- Hospitalisation signataires du CAS (1) Conventionné	220% BR	220% BR	300% BR
Non-signataires du CAS (2)	200%BR	200%BR	200%BR
Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour:	100% FR	100% FR	100% FR
Conventionné	limité à 2% PMSS	limité à 2% PMSS	limité à 3% PMSS
Personne accompagnante: Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non du CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires du CAS	200% BR	200% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires du CAS	180%BR	180%BR	200%BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) signataires du CAS	170% BR	170% BR	170% BR
Actes techniques médicaux Non-Signataires du CAS	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie signataires du CAS	145%BR	145%BR	170%BR
Radiologie Non-signataires du CAS	125%BR	125%BR	150%BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR	200% BR	200% BR
prothèses auditives	20% pmss par oreille (maxi 2 oreilles par an)	20% pmss par oreille (maxi 2 oreilles par an)	45% pmss par oreille (maxi 2 oreilles par an)
Transport accepté par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
<u>Orthodontie :</u>			
Acceptée par la Ss	300%BR	300%BR	350% BR
Refusée par la Ss	250% BR	250% BR	250% BR
<u>Prothèses dentaires</u> :3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire, et au-delà, la garantie au panier de soins			
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	250%BR	325% BR	450% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	220%BR	250% BR	350% BR
Inlays-core	150% BR	200% BR	200% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la ss	7% PMSS	7% PMSS	10% PMSS
Implantologie	20% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
Frais d'optique, Pour les enfants mineurs : verres+monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans			
Pour les adultes : verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire* et lentilles tous les ans par bénéficiaire			
Verres	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS	3% PMSS	6,5% PMSS
Chirurgie réfractive	22% PMSS	22% PMSS	25% PMSS
Monture adulte	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
Monture enfant mineur	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
ACTES DE PREVENTION			
Tous les actes des contrats responsables	100% TM	100% TM	100% TM
ACTES DIVERS			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

(1) signataire du CAS : praticiens ayant signé le Contrat d'Accès aux soins.

(2) non signataire du CAS : praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux soins.

Il est précisé que pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le Ticket Modérateur est systématiquement couvert.

Grille n°1	mineurs < 18 ans				Adultes				
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>									
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	75,00 €	
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	100,00 €	
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	125,00 €	
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>									
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	85,00 €	
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	110,00 €	
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	135,00 €	
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	150,00 €	
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>									
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	160,00 €	
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	175,00 €	
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>									
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	180,00 €	
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	200,00 €	
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	130,00 €	

Grille n°2	Mineurs < 18 ans				Adultes				
	Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>									
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	90,00 €	
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	110,00 €	
sphère < -10 ou >+10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	130,00 €	
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>									
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	100,00 €	
cylindre < +4 sphère < -6 ou >+6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	120,00 €	
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	140,00 €	
cylindre > +4 sphère < -6 ou >+6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	160,00 €	
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>									
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	180,00 €	
sphère < -4 ou >+4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	200,00 €	
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>									
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	210,00 €	
sphère < -8 ou >+8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	230,00 €	
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	

Il est précisé que dans les grilles, les remboursements assureur s'entendent par verre.

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 présent équipement.