



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 31 OCTOBRE 1951

Avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture 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 :

Préambule

Conformément à la loi n°2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux font le choix d'instaurer un régime national de couverture des frais de santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé déterminée au niveau national, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence avec les organismes assureurs référencés afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour les salariés relevant de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 comprenant notamment l'instauration d'un fonds social.

L'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 définit les garanties minimales de remboursement des frais de santé obligatoire pour les salariés des structures adhérentes de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951.

Les dispositions du présent texte répondent aux objectifs suivants :

- Permettre aux salariés des structures adhérentes l'accès à des garanties de protection complémentaire frais de santé ;
- Mutualiser, au niveau professionnel, les risques maladie, maternité et accident et les frais qui peuvent en découler afin de faciliter la mise en place de telles garanties au niveau des structures adhérentes et ce, sans considération notamment de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés ;
- Créer un fonds social dédié aux salariés des structures adhérentes ;
- Garantir l'efficacité du régime en référençant quatre organismes assureurs.

Les partenaires sociaux ont fait le choix de proposer aux structures adhérentes un référencement d'organismes assureurs mentionnés dans cet avenant, n'ayant pas un caractère contraignant. Les structures auront donc le choix de se placer dans le cadre du référencement ou de faire appel à un prestataire non référencé. Seul le niveau des garanties minimales de couverture des frais de santé telles que définies ci-après s'imposent aux structures par cet avenant.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle minimal qui peut être amélioré par la négociation locale. Le présent avenant ne saurait en tant que tel remettre en cause de plein droit les dispositions résultant d'accords d'entreprise ou d'établissement négociés localement.

Sous réserve de son agrément, 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.

Objet

Le présent avenant a pour objet de :

- Permettre aux salariés des structures adhérentes l'accès à des garanties de protection complémentaire frais de santé ;
- Mutualiser, au niveau professionnel, les risques maladie, maternité et accident et les frais qui peuvent en découler afin de faciliter la mise en place de tels régimes au

niveau des structures adhérentes et ce, sans considération notamment de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés ;

- Garantir l'efficacité du régime en référençant quatre organismes assureurs.

Ce référencement se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès de quatre organismes assureurs sélectionnés. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et le protocole de gestion administrative communs aux organismes assureurs, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Les partenaires sociaux signataires du présent avenant s'engagent à élaborer un guide paritaire présentant le dispositif, ses enjeux et son intérêt pour les personnels des structures adhérentes.

Il est créé un Titre 13 Bis à la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 intitulé comme suit : « Généralisation de la couverture des frais de santé ».

Article 1. Champ d'application du régime de complémentaire santé

Le présent régime s'applique à toutes les structures entrant dans le champ d'application de la présente convention collective, au bénéfice des salariés tels que visés à l'article 01.02.3 de la CCN51, pour les frais de santé engagés à compter de l'entrée en vigueur du présent régime et sa mise en place dans la structure.

Article 2. Les bénéficiaires de la garantie

Article 2.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Sous réserve de relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture dite « base obligatoire » telle que visée à l'article 8 à condition de justifier d'une ancienneté d'une durée de trois mois dans l'entreprise, en application des dispositions de l'article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale. Lorsque le salarié ne remplit pas la condition d'ancienneté fixée par le présent article, il ne devra en aucun cas s'acquitter d'une cotisation dans la mesure où son affiliation ne sera effective qu'à compter d'une durée de trois mois d'ancienneté.

Article 2.2. Les cas dérogatoires

Par dérogation au caractère obligatoire, conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant régulièrement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- Les apprentis et salariés sous contrat à durée déterminée, sous réserve, pour les apprentis et les titulaires de contrats d'une durée d'au moins 12 mois, de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés à temps partiel dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ; sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture ou de cette aide ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure ; la dispense joue jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;

- Les salariés qui bénéficient pas ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droits, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année.

Les salariés ci-dessus mentionnés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai d'un mois à compter de la mise en place du régime dans la structure, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai d'un mois qui suit leur embauche.

En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision, et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Article 3. Amélioration de la couverture frais de santé

Au-delà du régime obligatoire, les salariés peuvent adhérer individuellement auprès de l'organisme gestionnaire à un régime de garantie frais de santé plus favorable.

A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix - formule « Alternative 1 », formule « Alternative 2 » et formule « Alternative 3 » - dont le prélèvement des cotisations sera effectué par l'employeur.

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture des frais de santé du salarié est à la charge exclusive de ce dernier.

Ce choix pourra également être fait collectivement au niveau de la structure. Un accord collectif peut améliorer d'une part le niveau des garanties, et d'autre part la répartition du financement entre l'employeur et le salarié.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle minimal qui peut être amélioré par la négociation locale. Le présent avenant ne saurait en tant que tel remettre en cause de plein droit les dispositions résultant d'accords d'entreprise ou d'établissement négociés localement.

Article 4. Extension de la garantie frais de santé aux ayants droit du salarié

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié.

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- son conjoint ;
- et/ou
- ses enfants.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l'extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié. Elle doit être payée à l'organisme assureur.

Article 5. Définition du conjoint et des enfants à charge

Article 5.1. Conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du salarié marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation;
- le concubin du salarié vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le salarié soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus de 1 an et que le domicile fiscal des 2 concubins soit le même. La condition de durée de 1 an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle ;
- le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs).

Article 5.2. Enfants à charge

Sont réputés à charge du salarié les enfants légitimes, reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le salarié ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du salarié, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent :

- être à charge au sens de la législation sociale
 - ou, s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - o poursuivre leurs études et être inscrits à ce titre au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - ou,
 - o être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi ;
 - ou,
 - o être sous contrat de formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation...) ;
 - ou,
 - o lorsqu'ils se livrent à une activité rémunérée, que celle-ci leur procure un revenu inférieur au revenu de solidarité active (RSA) mensuel versé aux personnes sans activité.
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Article 6. Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

Article 6 a. Conformément aux dispositions de l'article L911.8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié peut conserver le bénéfice des garanties du régime frais de santé, et ce sur la base du dispositif en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties de frais de santé prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail ou de l'acceptation d'un contrat de sécurisation professionnelle, pour une durée égale à celle de l'indemnisation du chômage, appréciée en mois entiers et dans la limite de 12 mois.

Les garanties maintenues sont identiques à celles du personnel en activité ; les éventuelles modifications apportées ultérieurement au régime seront également applicables aux bénéficiaires du dispositif.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'employeur doit adresser à ce dernier, dès la cessation du contrat de travail, une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié, stipulant notamment les dates de début et de fin prévisible du droit à maintien des garanties. Le salarié doit adresser le justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

Toute suspension du versement des allocations chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas pour effet de prolonger d'autant la période de maintien.

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, à la date à laquelle :

- il reprend une activité professionnelle et cesse d'être indemnisé par le régime d'assurance chômage ;
- il bénéficie d'une pension de retraite du régime général.

L'ancien salarié doit également informer l'organisme assureur sans délai de tout événement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l'expiration de la période prévue, ceci afin d'éviter que des prestations ne soient indûment versées.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation, il est inclus dans la cotisation fixée pour le personnel en activité à l'article 13 du présent accord.

Article 6 b. Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties.

L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent régime au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 7. Conditions de la garantie frais de santé

Les remboursements sont mentionnés dans le tableau ci-après, ils incluent les prestations de la Sécurité sociale.

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la Sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Le cumul des prestations versées à un salarié au titre des régimes Sécurité sociale et complémentaires ne peut excéder pour chaque acte les frais réels engagés.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées aux articles L. 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale, pour les contrats dits « responsables », permettant ainsi de bénéficier, dans les conditions et limites prévues par la législation en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime, de l'exonération des charges sociales sur les cotisations pour l'employeur.

Article 8. Tableau des garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la Sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Les garanties sont exprimées en remboursements de la Sécurité sociale inclus et sont présentées dans les tableaux suivants selon quatre niveaux de remboursements :

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

	Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale			
Garanties BASE CONVENTIONNELLE	BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
Frais d'hospitalisation				
Chirurgie - Hospitalisation				
Conventionnée - Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires CAS (*)	100% BR	100% BR	170% BR	250% BR
Conventionnée - Honoraires hors CAS (*)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour
Forfait actes lourds	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18€ par jour
Chambre particulière par jour				
Conventionnée	non couverte	non couverte	1,75% PMSS	2% PMSS
Forfait en ambulatoire	non couverte	non couverte	0,75% PMSS	1% PMSS
Personne accompagnante				
Conventionnée	non couverte	non couverte	1,75% PMSS	2% PMSS
Frais médicaux				
Consultations - visites Généralistes CAS (*)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Généralistes hors CAS (*)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations- visites Spécialistes CAS (*)	100% BR	100% BR	180% BR	250% BR
Consultations- visites Spécialistes hors CAS (*)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR (vignette blanche et bleue)	100% BR (vignette blanche et bleue)	100% BR y compris vignettes orange	100% BR y compris vignettes orange
Vaccins non remboursés par la Ss	non couverte	non couverte	50 €	75 €
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS (*)	100% BR	100% BR	140% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors CAS (*)	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR
Radiologie CAS (*)	100% BR	100% BR	125% BR	170% BR
Radiologie hors CAS (*)	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	100% BR	150% BR	250% BR
Prothèses Auditives	100% BR	100% BR	500€ / oreille tous les 2 ans	1 000€ / oreille tous les 2 ans
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale				
Garanties BASE CONVENTIONNELLE	BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du panier de soins				
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	100% BR	150% BR	250% BR
Orthodontie				
Acceptée par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	300% BR	350% BR
Refusée par la Ss (1)	non couverte	non couverte	300 € / semestre de soins	500 € / semestre de soins
Prothèses dentaires				
Remboursées : dents du sourire	125%BR	200%BR	350% BR	450% BR
Remboursées : dents du fond de bouche	125%BR	200%BR	300% BR	350% BR
Inlays-cores	125% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Non remboursées par la Ss (1)	non couverte	non couverte	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Parodontologie (1)	non couverte	non couverte	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Implantologie (1)	non couverte	non couverte	300 € / dent / x3 / an	500 € / dent / x3 / an
Frais d'optique				
Verres et montures (**)	Grille optique base 1	Grille optique base 2	Grille optique base 3	Grille optique base 4
Lentilles	30€/an	50€/an	150 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables				
Chirurgie réfractive	non couverte	non couverte	500 € / œil	1000 € / œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)				
Acceptée par la Sécurité sociale par bénéficiaire, par an	non couverte	non couverte	100 €	200 €
Médecines douces (Osthéopathie, Etiopathie, Acupuncteur,...)				
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels par bénéficiaire par an	non couverte	non couverte	3 x 25 €	3 x 50 €
Ostéodensitométrie osseuse				
Par bénéficiaire, par an	non couverte	non couverte	30 €	50 €
Actes de Prévention				
Tous les actes des contrats responsables	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac par bénéficiaire, par an	non couverte	non couverte	100 €	200 €

(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)

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

(**) 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

Grille optique Base 1 :

Grille BASE 1	Enfants < 18 ans	Adultes
Type de verre	Rbt Ass. (*)	Rbt Ass. (*)
Verres Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	40 €	40 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €
sphère <-10 ou >+10	75 €	75 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	40 €
cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	75 €
cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	75 €
cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	75 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques		
sphère de -4 à +4	80 €	80 €
sphère <-4 ou >+4	80 €	80 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques		
sphère de -8 à +8	80 €	80 €
sphère <-8 ou >+8	80 €	80 €
Monture	50 €	50 €

Grille optique Base 2 :

Grille BASE 2	Enfants < 18 ans	Adultes
Type de verre	Rbt Ass. (*)	Rbt Ass. (*)
Verres Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	50 €	65 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	75 €
sphère <-10 ou >+10	75 €	80 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre <+4 sphère de -6 à +6	60 €	70 €
cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	80 €
cylindre >+4 sphère de -6 à +6	75 €	90 €
cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	80 €	100 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques		
sphère de -4 à +4	80 €	80 €
sphère <-4 ou >+4	90 €	100 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques		
sphère de -8 à +8	100 €	100 €
sphère <-8 ou >+8	110 €	110 €
Monture	70 €	80 €

Grille optique Base 3 :

Grille BASE 3	Enfants < 18 ans	Adultes
Type de verre	Rbt Ass. (*)	Rbt Ass. (*)
Verres Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	50 €	80 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	90 €
sphère <-10 ou >+10	75 €	100 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre <+4 sphère de -6 à +6	60 €	90 €
cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	75 €	100 €
cylindre >+4 sphère de -6 à +6	80 €	110 €
cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	90 €	120 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques		
sphère de -4 à +4	100 €	150 €
sphère <-4 ou >+4	110 €	160 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques		
sphère de -8 à +8	120 €	175 €
sphère <-8 ou >+8	130 €	185 €
Monture	75 €	125 €

Grille optique Base 4 :

Grille BASE 4	Enfants < 18 ans	Adultes
Type de verre	Rbt Ass. (*)	Rbt Ass. (*)
Verres Simple Foyer, Sphérique		
sphère de -6 à +6	60 €	90 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	75 €	100 €
sphère <-10 ou >+10	80 €	110 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques		
cylindre <+4 sphère de -6 à +6	70 €	100 €
cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	80 €	110 €
cylindre >+4 sphère de -6 à +6	90 €	120 €
cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	100 €	130 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques		
sphère de -4 à +4	110 €	175 €
sphère <-4 ou >+4	120 €	185 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques		
sphère de -8 à +8	130 €	200 €
sphère <-8 ou >+8	140 €	210 €
Monture	100 €	150 €

Article 9. Dispositions spécifiques pour les bénéficiaires relevant du régime de base Alsace-Moselle

Pour l'application des présentes garanties au profit de salariés et de leurs ayants droit relevant du régime local Alsace-Moselle, le régime tient compte des dispositions spécifiques prévues par le code de la sécurité sociale pour cette zone géographique.

Les cotisations et les prestations servies par le régime complémentaire sont réduites en conséquence afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions.

Article 10. Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

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 » ou « Alternative 3 » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime.

Article 11. Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent en cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin et dans le cadre du dispositif du maintien des garanties prévues par l'article L911.8 du code de la sécurité sociale.

Forclusion :

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations du gestionnaire, sauf cas de force majeure ou cas fortuit ou si le gestionnaire ne subit pas de préjudice.

Prescription :

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime notamment les demandes de prestations sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale, à l'article L 221-11 du code de la Mutualité ou au code des assurances.

Article 12. Contrat d'assurance et de gestion administrative du régime complémentaire santé

Pour l'ensemble des garanties définies dans le présent accord, les modalités de fonctionnement administratif font l'objet de dispositions spécifiques inscrites dans les protocoles de gestion conclus entre les signataires du présent avenant et les organismes référencés ci-après.

Article 13. Cotisations

Article 13.1. Régime de base obligatoire

La charge de cotisation du régime de base obligatoire doit être répartie comme suit :

- 50% pour l'employeur ;
- 50% pour le salarié.

Taux de cotisations pour le régime général :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux d'équilibre de cotisation est de 0,96% du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit un montant de 30.43€ (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 :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux d'équilibre de cotisation est de 0,58% du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit un montant de 18.39€ (valeur du plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2015, publiée au Journal officiel du 9 décembre 2014).

La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié, et donc allant au-delà du régime de base obligatoire déterminé par le présent avenant, est à la charge exclusive de ce dernier, sauf dispositif plus favorable mis en place au niveau des structures.

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	Salarié	0.18% (5.71€)
BASE 3	Salarié	0.95% (30.12€)
BASE 4	Salarié	1.45% (45.97€)

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	Salarié	0.18% (5.71€)
BASE 3	Salarié	0.95% (30.12€)
BASE 4	Salarié	1.45% (45.97€)

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 13.2. Régimes optionnels

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 3 et de la Base 4.

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	Salarié	0.21% (6.66€)
BASE 3	Salarié	1.08% (34.24€)
BASE 4	Salarié	1.65% (52.31€)

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	Salarié	0.21% (6.66€)
BASE 3	Salarié	1.08% (34.24€)
BASE 4	Salarié	1.65% (52.31€)

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 13.3. Régime facultatif des ayants droits

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 3 et de la Base 4.

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

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 1	Conjoint facultatif	1.06% (33.60€)
	Enfant facultatif	0.62% (19.65€)
BASE 2	Conjoint facultatif	1.27% (40.26€)
	Enfant facultatif	0.76% (24.10€)
BASE 3	Conjoint facultatif	2.14% (67.84€)
	Enfant facultatif	1.32% (41.84€)
BASE 4	Conjoint facultatif	2.71% (85.91€)
	Enfant facultatif	1.69% (53.57€)

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 1	Conjoint facultatif	0.74% (23.46€)
	Enfant facultatif	0.44% (13.95€)
BASE 2	Conjoint facultatif	0.95% (30.12€)
	Enfant facultatif	0.58% (18.39€)
BASE 3	Conjoint facultatif	1.82% (57.69€)
	Enfant facultatif	1.14% (36.14€)
BASE 4	Conjoint facultatif	2.39% (75.76€)
	Enfant facultatif	1.51% (47.87€)

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 14. Modalités d'adhésion

Sont référencés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé, les organismes suivants :

- APICIL
- MALAKOFF MEDERIC
- MGEN
- MUTEX

Toutes les structures adhérant à la CCN51 peuvent rejoindre l'un des organismes référencés à la date d'effet de la convention.

Les protocoles de gestion visés à l'article 12 définissent les obligations de l'organisme gestionnaire en vue de l'information des entreprises et de la formalisation de leur adhésion.

Le choix des organismes référencés peut être modifié par accord.

Article 15. Fonds social

Les organismes référencés se sont engagés à créer un fonds social dédié aux salariés relevant des structures adhérentes à la FEHAP en parallèle du fonds social national de leur Institution. Le protocole technique et financier précisera les modalités d'alimentation de ce fonds social dédié.

Le Comité de suivi, décrit à l'article 16 du présent Avenant, devra définir les axes d'intervention du fonds avec les organismes assureurs.

Les organismes référencés pourront décider, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles auprès de leurs commissions sociales paritaires, de compléments de prestations ou aides individuelles.

Article 16. Suivi du régime de complémentaire santé

Le suivi du régime de complémentaire santé se fait dans le cadre de la Commission Paritaire après un travail mené au sein d'un Comité de suivi. Le Comité de suivi est composé de deux représentants désignés par les organisations nationales syndicales de salariés signataires du présent Avenant et d'un nombre équivalent de représentants désignés par la fédération des employeurs.

Les organismes assureurs référencés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentés nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la Commission Paritaire.

Article 17 : 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 1^{er} 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 27 janvier 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 »