

Brochure n° 3014

Convention collective nationale

IDCC : 2336. – **ORGANISMES GESTIONNAIRES DE FOYERS ET SERVICES
POUR JEUNES TRAVAILLEURS**

AVENANT N° 23 DU 27 AVRIL 2009

RELATIF AU CONTRAT RESPONSABLE

NOR : ASET0950656M

IDCC : 2336

Article 1^{er}

Contrat responsable

Le présent avenant ajoute un nouvel article 18.12 intitulé « Contrat responsable » au chapitre XVIII intitulé « Prévoyance, frais de santé » :

« Le présent régime conclu en application du chapitre XVIII de la convention ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins ou en cas de refus du droit d'accès au dossier médical personnel ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant, et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^e alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire de 1 € ;
- les franchises prévues au paragraphe III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable dans le parcours de soins, les signataires ont choisi de prendre en charge au titre du régime de prévoyance les actes de prévention suivants :

- 1 détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en 2 séances maximum (SC12) ;

- 1 dépistage de l'hépatite B (code NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- 1 scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, une fois par dent et avant le 14^e anniversaire ;
- 1 bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
- 1 dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

Les vaccinations suivantes seules ou combinées :

- diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- coqueluche : avant 14 ans ;
- hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- *haemophilus influenzae* B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. »

Article 2

Modification de l'article 18.3 intitulé « Garantie familiale »

L'article 18.3 est remplacé comme suit :

« La garantie frais de santé est de nature familiale en ce sens qu'elle bénéficie à l'ensemble des salariés et de leur famille (conjoint ou concubin et enfants à charge, même si le conjoint n'est pas salarié du même employeur).

Sont considérés comme à charge du participant les enfants fiscalement à charge du participant ou de son conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans (sans justificatif) ;
- âgés de moins de 26 ans et sur justificatif :
 - s'ils poursuivent leurs études ;
 - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle emploi ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RMI mensuel.

Les enfants sont considérés comme à charge, quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la famille, à condition que l'état d'invalidité soit intervenu avant leur 18^e anniversaire.

Les enfants nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant (parent légitime) sont considérés comme à charge. »

Article 3

Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié

Le présent avenant instaure un nouvel article 18.13 intitulé « Couverture frais de santé des ayants droit en cas de décès du salarié » du chapitre XVIII intitulé « Prévoyance, frais de santé » :

« Les membres de la famille du salarié qui, à la date de 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 du code de la sécurité sociale, se voient maintenir la garantie frais de santé pendant une durée de 1 an (de date à date) à compter du jour du décès, et ceci sans cotisation.

Au-delà de cette durée, les ayants droit peuvent bénéficier du maintien de la couverture en souscrivant un contrat individuel aux conditions tarifaires prévues par le décret n° 90-769 du 30 septembre 1990 et avec des prestations identiques à celles définies au présent régime de prévoyance, à condition d'en faire la demande dans un délai de 6 mois. »

Article 4

Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés

Le présent avenant instaure un nouvel article 18.14 intitulé « Maintien de la garantie frais de santé des anciens salariés » du chapitre XVIII intitulé « Prévoyance, frais de santé » :

« 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, par la souscription d'un contrat individuel, sans questionnaire médical, sans période probatoire ni condition de durée, au profit des :

- anciens salariés bénéficiaires de prestations d'incapacité ou d'invalidité de la sécurité sociale ;
- anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite de la sécurité sociale ;
- anciens salariés privés d'emploi bénéficiaires d'un revenu de remplacement.

Les intéressés doivent en faire la demande dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail auprès de l'organisme gestionnaire.

Les prestations seront identiques à celles prévues par le présent régime. Les cotisations applicables aux personnes visées par le présent article ne peuvent être supérieures de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs (décret n° 90-769 du 30 septembre 1990).

L'employeur est tenu d'informer le salarié, adhérent au régime de prévoyance, sur la possibilité de maintenir la garantie frais de santé avant la rupture de son contrat de travail. Cette obligation ne se confond pas avec

celle de remettre au salarié la notice établie par l'assureur définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre, prévue à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale. »

Article 5

Extension des garanties frais de santé

Le présent avenant modifie l'article 18.4 intitulé « Extension des garanties » :

« Les garanties définies aux articles 18.2.1, 18.2.2, 18.2.3, 18.2.4 et 18.2.5 sont prorogées à la demande du salarié démissionnaire pendant un délai de 6 mois à compter de la date de fin de préavis. La cotisation est à la charge exclusive du salarié. »

Article 6

Accord d'entreprise

Aucun accord d'entreprise ne peut modifier le présent avenant par des dispositions qui seraient moins favorables aux salariés.

Article 7

Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur au 1^{er} avril 2009.

Article 8

Révision, dénonciation

Le présent avenant pourra être révisé conformément aux dispositions légales.

Article 9

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 27 avril 2009.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SNEFOS ;
SOP.

Syndicats de salariés :

CGT-FO ;
FFASS CFE-CGC ;
FSS CFDT ;
FSS CFTC.