

Convention collective nationale
IDCC : 405. – ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX
DE L'UNION INTERSYNDICALE
DES SECTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX
(26 août 1965)

AVENANT N° 01-2018 DU 19 JANVIER 2018
MODIFIANT L'ACCORD COLLECTIF
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME COLLECTIF DE PROTECTION SOCIALE
NOR : ASET1850470M
IDCC : 405

Entre :
UNISSS Charenton,
D'une part, et
CFDT ;
CFE-CGC,
D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les parties signataires du présent avenant ont entériné dans le tableau de garanties le passage du contrat d'accès aux soins (CAS) à l'OPTAM/OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique) conformément aux dispositions de la dernière convention médicale du 25 août 2016.

L'ensemble de ces dispositifs sont visés au cahier des charges du contrat responsable défini aux articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale sous le terme commun de « dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisée ».

Compte tenu du fait que certains médecins pouvant encore être adhérents au CAS, il est précisé que les garanties du régime frais de santé définies à l'avenant n° 09-2014 à la convention collective nationale (CCN) du 26 août 1965 tel que modifié par l'avenant n° 01-2015 visent l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées aux articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, donc y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Le présent avenant a également pour objet de mettre en conformité le régime de remboursement de frais de santé de la CCN du 26 août 1965 avec le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Article 1^{er}

Les tableaux de garantie des prestations du régime conventionnel mentionnés aux annexes 1, 2 et 3 de l'avenant n° 01-2015 sont donc modifiés selon les tableaux mentionnés dans les annexes 1, 2 et 3 du présent avenant.

Article 2

Au sein du tableau « taux et répartition des cotisations complémentaires pour les options selon le plafond mensuel de la sécurité sociale » de l'annexe 1 de l'avenant n° 09-2014, la partie « Évin » définissant des taux adulte (option 1 : 0,28 % et option 2 : 0,62 %) et enfant (option 1 : 0,15 % et option 2 : 0,28 %) est supprimée.

À la suite de ce tableau, il est inséré le tableau suivant intitulé « taux et répartition des cotisations pour les bénéficiaires de la loi Évin ainsi que les ayants droit selon le plafond mensuel de la sécurité sociale » :

	1 ^{RE} ANNÉE					
	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Cotisations exprimées en % du PMSS					
Niveau couverture	Ancien Salarié (*)	Conjoint	Enfant	Salarié	Conjoint	Enfant
Base	1,49 %	2,08 %	0,63 %	1,01 %	1,45 %	0,53 %
Base + option 1	1,69 %	2,36 %	0,78 %	1,21 %	1,73 %	0,68 %
Base + option 2	1,93 %	2,70 %	0,91 %	1,45 %	2,07 %	0,81 %

	2 ^E ANNÉE					
	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Cotisations exprimées en % du PMSS					
Niveau couverture	Ancien Salarié (*)	Conjoint	Enfant	Salarié	Conjoint	Enfant
Base	1,86 %	2,08 %	0,63 %	1,26 %	1,45 %	0,53 %
Base + option 1	2,11 %	2,36 %	0,78 %	1,51 %	1,73 %	0,68 %
Base + option 2	2,41 %	2,70 %	0,91 %	1,81 %	2,07 %	0,81 %

	À PARTIR DE LA 3 ^E ANNÉE					
Régime général Régime Alsace Moselle	Régime général			Régime Alsace Moselle		
	Cotisations exprimées en % du PMSS					
Niveau couverture	Ancien Salarié (*)	Conjoint	Enfant	Salarié	Conjoint	Enfant
Base	2,24 %	2,08 %	0,63 %	1,52 %	1,45 %	0,53 %
Base + option 1	2,54 %	2,36 %	0,78 %	1,82 %	1,73 %	0,68 %
Base + option 2	2,90 %	2,70 %	0,91 %	2,18 %	2,07 %	0,81 %
(*) Tarifs identiques à ceux des salariés actifs 1 ^{re} année ; 25 % la 2 ^e année ; 50 % à partir de la 3 ^e année.						

Article 3

Adhésion du salarié

À l'article 2.1 de l'avenant n° 09-2014, le 2^e alinéa, est modifié comme suit :

« L'accès au régime complémentaire santé est immédiat pour le salarié dès la prise d'effet de son contrat de travail, s'il n'a pas invoqué et justifié l'un des motifs de dispense d'affiliation prévus à l'article 2.3 ».

Article 4

Correction de l'erreur de numérotation de l'article 2.2 de l'avenant n° 09-2014.

Le titre de l'article 2.2 de l'avenant n° 09-2014 relatif au caractère obligatoire de l'adhésion est remplacé par le suivant :

« Article 2.3 : caractère obligatoire de l'adhésion ».

Article 5

Versement frais de santé

Il est inséré à l'avenant n° 09-2014 l'« Article 2.4 : versement frais de santé » écrit comme suit :

« Article 2.4

Versement frais de santé

Dans le respect des dispositions et des conditions imposées par les articles L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale et des articles D. 911-4 à 8 du même code, peuvent bénéficier du versement santé les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée du contrat est inférieure ou égale à 3 mois et les salariés à temps partiel dont la durée effective de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine conformément à l'article D. 911-7 du code de la sécurité sociale

Ces salariés peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation sous réserve de justifier d'une couverture en matière de frais de santé « responsable », respectant les conditions légales et réglementaires de ce type de contrat notamment l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Ces salariées bénéficient du versement santé dont les conditions et montant sont définis aux articles D. 911-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

Ce versement santé payé par l'employeur, si le salarié justifie des éléments cités ci-dessus, bénéficie du régime social et fiscal attaché à la contribution de l'employeur respectant les conditions de l'article L. 242-1, alinéa 6 du code de la sécurité sociale. »

Fait à Charenton-le-Pont, le 19 janvier 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE 1

Tableau de garantie des prestations du régime de base

Les garanties s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale

NATURE DES FRAIS		NIVEAU D'INDEMNISATION	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour		150 % BR	100 % BR
Forfait hospitalier engagé		100 % FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)		Médecin adhérent	100 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)		DPTM (*) : 170 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)		Médecin non adhérent	
Autres honoraires		DPTM (*) : 150 % BR	
Chambre particulière		1,5 % du PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)		1,5 % du PMSS par jour	Néant
Actes médicaux			
Généralistes (consultations et visites)	Médecin adhérent DPTM (*) :	100 % BR	
	Médecin non adhérent DPTM (*) :	100 % BR	
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin adhérent DPTM (*) :	170 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	150 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent DPTM (*) :	100 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	100 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin adhérent DPTM (*) :	100 % BR	
	Médecin non adhérent DPTM (*) :	100 % BR	
Auxiliaires médicaux		100 % BR	
Analyses		100 % BR	
(*) DPTM = dispositif de pratique maîtrisée : – CAS (contrat d'accès aux soins), – OPTAM (option pratique maîtrisée), – OPTAM-CO (option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique).			

Les autres postes de garanties ne sont pas modifiés.

ANNEXE 2

Tableau de garantie des prestations du régime de l'option 1

Les garanties ci-dessous s'ajoutent aux prestations du régime de base.

NATURE DES FRAIS		NIVEAU D'INDEMNISATION	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour		50 % BR	Néant
Forfait hospitalier engagé		Néant	
Actes de chirurgie (ADC)		Médecin adhérent	Néant
Actes d'anesthésie (ADA)		DPTM (*) : 50 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)		Médecin non adhérent	
Autres honoraires		DPTM (*) : 50 % BR	
Chambre particulière		0,75 % du PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)		0,75 % du PMSS par jour	Néant
Actes médicaux			
Généralistes (consultations et visites)	Médecin adhérent DPTM (*) :	Néant	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	Néant	
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	25 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
	Médecin non adhérent DPTM (*) :	25 % BR	
Auxiliaires médicaux		Néant	
Analyses		Néant	
(*) DPTM = dispositif de pratique maîtrisée : – CAS (contrat d'accès aux soins), – OPTAM (option pratique maîtrisée), – OPTAM-CO (option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique).			

Les autres postes de garanties ne sont pas modifiés.

ANNEXE 3

Tableau de garantie des prestations du régime de l'option 2

Les garanties ci-dessous s'ajoutent aux prestations du régime de base.

NATURE DES FRAIS		NIVEAU D'INDEMNISATION	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour		150 % BR	Néant
Forfait hospitalier engagé		Néant	
Actes de chirurgie (ADC)		Médecin adhérent	Néant
Actes d'anesthésie (ADA)		DPTM (*) : 130 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)		Médecin non adhérent	
Autres honoraires		DPTM (*) : 50 % BR	
Chambre particulière		1,50 % du PMSS par jour	Néant
Frais d'accompagnement (sur présentation d'un justificatif)		1,50 % du PMSS par jour	Néant
Actes médicaux			
Généralistes (consultations et visites)	Médecin adhérent DPTM (*) :	70 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin adhérent DPTM (*) :	130 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent DPTM (*) :	70 % BR	
	Médecin Non adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin adhérent DPTM (*) :	70 % BR	
	Médecin non adhérent DPTM (*) :	50 % BR	
Auxiliaires médicaux		50 % BR	
Analyses		50 % BR	
(*) DPTM = dispositif de pratique maîtrisée : – CAS (contrat d'accès aux soins), – OPTAM (option pratique maîtrisée), – OPTAM-CO (option pratique maîtrisée chirurgie et obstétrique).			

Les autres postes de garanties ne sont pas modifiés.