

Brochure n° 3014

Convention collective nationale

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

AVENANT N° 52 DU 26 SEPTEMBRE 2019  
RELATIF AUX RÉGIMES DE PRÉVOYANCE ET FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1951281M  
IDCC : 2336

Entre :

CNEA,

D'une part, et

FSS CFDT ;

SNEPAT FO ;

UNS CGT FJT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant adapte à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les dispositions relatives aux garanties frais de santé de la convention collective nationale des organismes et services pour jeunes travailleurs du 16 juillet 2003.

Il intègre les dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champ d'application*

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises de la branche des foyers et services pour jeunes travailleurs.

Compte tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent accord s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

## Article 2

### *Prestations*

Les dispositions de l'article 18.2 intitulé « Nature des garanties » sont annulées et remplacées comme suit :

#### « Article 18.2

#### *Nature des garanties*

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits "responsables" fixées par les articles L. 871-1 et ses textes d'application. Elles sont également conformes aux dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et à ses textes d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le "100 % santé".

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la sécurité sociale française, lorsqu'elle intervient. Sauf pour les forfaits verres et monture qui s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale. Dans tous les cas, les prestations sont versées sans la limite des frais réels engagés.

### **Hospitalisation (1)**

En établissement conventionné ou non.

Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % TM
	En établissement non conventionné	100 % TM
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Forfait journalier hospitalier (2)		100 % DE
Non remboursé par la sécurité sociale		sans limitation de durée
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE
Chambre particulière (3)		
Non remboursée par la sécurité sociale	Y compris maternité	1,3 % PMSS/jour
Lit d'accompagnant (3)		
Non remboursé par la sécurité sociale	Bénéficiaire dont l'âge est < à 15 ans	1,3 % PMSS par nuitée

### **Dentaire**

Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 pour les couronnes et bridges et dès le 1 <sup>er</sup> janvier/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer (5)
Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	300 % du montant remboursé par la sécurité sociale

	Inlay/onlay remboursés par la sécurité sociale	300 % du montant remboursé par la sécurité sociale
	Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale	86 € par acte
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la sécurité sociale	300 % du montant remboursé par la sécurité sociale
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la sécurité sociale	300 % du montant remboursé par la sécurité sociale
	Prothèses dentaires non remboursées * par la sécurité sociale (par acte)	226 €/acte
	*Liste des prothèses non remboursées définie aux conditions générales	
Implant	Implantologie	452 €/implant
Orthodontie	Remboursée par la sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire	300 % du montant remboursé par la sécurité sociale
	Non remboursée par la sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	406 € par semestre

### Optique (7)

Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16<sup>e</sup> anniversaire (hors situations médicales particulières pour les verres précisées dans les CG).

Équipement 100 % santé** (classe A***)		Sans reste à payer (6)
	y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Sans reste à payer (6)
	y compris supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	Sans reste à payer (6)
Équipement autre que 100 % santé (classe B***)	Par verre *****	Selon la grille optique
	Maximum 100 € y compris remboursement de la sécurité sociale pour la monture Par monture de lunettes – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans *****	100 € *****
	Par monture de lunettes – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	65 € *****
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	Définies dans les CG	100 % BR dans la limite des PLV
Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la sécurité sociale	100 % TM + 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire

### Aide auditive ou équipement (par oreille)

Jusqu'au 31 décembre 2020 :	Appareil auditif remboursé par la sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	100 % TM
À compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % santé** (classe I ****)		Sans reste à payer (6)
Équipement autre que 100 % santé (classe II ****)	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale	100 % TM
Accessoires et fournitures		100 % TM

### Soins courants (auprès d'un professionnel conventionné ou non)

Honoraires médicaux		
Consultation/visite/consultation en ligne		
Chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Ostéodensitométrie osseuse		100 % TM
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % TM
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR (4)	100 % TM

Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal – forfait global annuel	100 % TM
Médicaments	remboursés par la sécurité sociale	100 % TM

### Prévention

Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale (8)	Pris en charge
--	----------------

BR = base de remboursement de la sécurité sociale. BR – SS = base de remboursement retenue par la sécurité sociale moins le remboursement de la sécurité sociale. DE = dépense effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la sécurité sociale. TM = ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = régime obligatoire (sécurité sociale). RC = régime complémentaire. PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale (à titre indicatif au 1<sup>er</sup> janvier 2019 : 3 377 €).

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en chirurgie et obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

\*\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options des listes A et des listes B dans les conditions générales.

\*\*\*\* Voir la liste réglementaire des options des listes I et des listes II dans les conditions générales.

\*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Hors établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux conditions générales.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.

(7) La période de renouvellement n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

(8) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. À titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

### Grille optique

VERRES	AVEC/SANS cylindre	SPH = SPHÈRE CYL = CYLINDRE (+) S = SPH + CYL	REMBOURSEMENT ASSUREUR y compris le remboursement de la sécurité sociale Montant en € par verre	
			Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans *****	Par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans *****
Unifocaux	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	65 €	45 €
		SPH < – 6 ou > + 6	80 €	70 €
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	75 €	55 €
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	75 €
		SPH < – 6 et CYL ≥ + 0,25	95 €	75 €
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	75 €

VERRES	AVEC/SANS cylindre	SPH = SPHÈRE CYL = CYLINDRE (+) S = SPH + CYL	REMBOURSEMENT ASSUREUR y compris le remboursement de la sécurité sociale Montant en € par verre	
			Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans *****	Par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans *****
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	130 €	90 €
		SPH < - 4 ou > + 4	150 €	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	140 €	100 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	140 €	100 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	160 €	120 €
		SPH > 0 et S > + 8	160 €	120 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	160 €	120 €

### Article 3

#### *Durée et date d'application*

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Le présent avenant est signé à durée indéterminée.

### Article 4

#### *Dépôt*

Le présent avenant fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail.

### Article 5

#### *Révision. – Dénonciation*

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Fait à Paris, le 26 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)