

---

Brochure n° 3304 | Convention collective nationaleIDCC : 2190 | **MISSIONS LOCALES ET PAIO**

---

**Avenant n° 66 du 26 novembre 2019**  
relatif à la complémentaire santé (titre XI de la convention)

NOR : ASET2050055M

---

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**UNML,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**SYNAMI CFTD,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Le présent avenant adapte les dispositions relatives aux garanties frais de santé de la convention collective nationale des missions locales et PAIO définies au sein de l'accord du 15 octobre 2015 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé, aux évolutions légales et réglementaires intervenues depuis la conclusion de l'avenant n° 58 du 17 février 2016.

À cet effet, il intègre notamment les dispositions découlant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et ses textes d'application portant création de la protection maladie universelle qui assouplit les conditions d'ouverture des droits et de prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire des frais de santé. Il intègre également 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.

Le présent avenant modifie, par ailleurs, les cotisations au regard de l'analyse technique des résultats du régime.

### **Article 1<sup>er</sup> | Champ d'application**

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises relevant de la convention collective nationale des missions locales et PAIO.

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du

travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime professionnel de santé dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

## **Article 2 | Définition des conjoints à charge**

La définition des conjoints à charge du salarié telle que mentionnée à l'article 11.3.1 *b* de l'accord frais de santé est modifiée comme suit :

« Conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement dont le montant annuel brut est inférieur à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale. »

La définition des conjoints non à charge du salarié telle que mentionnée à l'article 11.3.1 *b* de l'accord frais de santé est modifiée comme suit :

« Conjoint, concubin ou partenaire lié par un Pacs qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement dont le montant annuel brut est supérieur ou égal à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale. »

Les termes « au sens de la sécurité sociale » sont supprimés pour ces deux définitions.

L'article 11.6.1 de l'accord frais de santé est modifié en conséquence. Ainsi, les termes « un conjoint à charge au sens de la sécurité sociale » sont remplacés par « un conjoint à charge tel que défini à l'article 11.3.1 *b*. »

De même les termes « Famille au sens de la sécurité sociale » mentionnés au sein de ce même article sont remplacés par « Famille ».

## **Article 3 | Dispenses d'adhésion**

Le premier tiret de l'article XI.3.2 « les dispenses d'adhésion » de l'accord frais de santé est remplacé comme suit :

« – Les salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale ; »

Le quatrième tiret de l'article 11.3.2 « les dispenses d'adhésion » de l'accord frais de santé est remplacé comme suit, à effet du 1<sup>er</sup> novembre 2019 :

« – Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ; »

## **Article 4 | Prestations**

Les dispositions de l'article 11.5 de l'accord frais de santé intitulé « Définition et contenu des garanties minimales » sont annulées et remplacées comme suit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **« Article 11.5 | Définition et contenu des garanties minimales »**

La couverture "frais de santé" a pour objet d'assurer le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié, en complétant acte par acte, les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.




Les prestations du régime complémentaire santé de la branche sont définies par un régime socle de base. Il est également prévu une option facultative permettant d'améliorer les garanties du régime socle de base. Les garanties du régime socle de base et de l'option facultative sont les suivantes :

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

		BASE	OPTION
		y compris les garanties de la Base	
<b>H</b> <b>HOSPITALISATION</b> (1) <b>en établissement</b> <b>conventionné ou non</b> (2)	Frais de séjour	100% FR	100% FR
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	300% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % du forfait sans limitation de durée	100 % du forfait sans limitation de durée
	Chambre particulière (y compris maternité) (9) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par jour	2% FMSS	3% FMSS
	Lit d'accompagnement (9) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Bénéficiaire de moins de 16 ans - par jour	1,5% FMSS	2% FMSS
	Participation forfaitaire pour les actes techniques	100% FR	100% FR
<b>DENTARE</b> <b>auprès d'un</b> <b>professionnel</b>	Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance) Non remboursée par la Sécurité sociale	5% FMSS	15% FMSS
	Par enfant doublé en cas de naissance gémellaire		
	Soins et prothèses 100 % Santé**	A compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (6)
	Soins		
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	150% BR	250% BR
	Inlay/onlay remboursés par la Sécurité Sociale	200% BR	300% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé		
	Prothèses dentaires à tarifs libres ou maîtrisés (couronne provisoire, inlay-core, couronne, bridge, inter de bridge, nestle complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	250% BR	300% BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	161,25 € par acte remboursement correspondant à 150%BR reconstituée (BR=107,50€)	268,75 € par acte remboursement correspondant à 250%BR reconstituée (BR=107,50€)
	Implantologie		
	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	300 €	500 €
	Orthodontie		
	Remboursée par la Sécurité Sociale	230% BR	330% BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale	150% BR reconstituée	250% BR reconstituée
	Non remboursée par la Sécurité sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire et lambeau) - par an et par bénéficiaire	100 €	200 €
	Parodontologie		

		BASE	OPTION y compris les garanties de la Base
 <b>OPTIQUE</b> (8)	Équipement 100 % Santé** (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		sans reste à payer (7)
		par verre	cf grille optique
		par monture de lunettes	100 €
	Lentilles	Lentilles prescrites, remboursées ou non par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (4)	3% PMSS
 <b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille</b> renouvellement par appareil tous les 4 ans	À compter du 01/01/2021 :		
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC	sans reste à payer (7)
		Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	122% BR
		Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	200% BR
 <b>SOINS COURANTS</b> auprès d'un professionnel conventionné ou non	Accessoires et fournitures		200% BR
	Jusqu'au 31/12/2020 :		
		Aide auditive	200% BR
	Accessoires et fournitures	Pile pour appareil auditif non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	200% BR
	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR 130% BR
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR 180% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR 130% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR 130% BR
	Honoraires paramédicaux	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes	150% BR
	Analyses et examens de laboratoire		200% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	150% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (5)	100% BR
	Cures thermales remboursées par la SS	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	10% PMSS
	Médicaments		
		Médicaments remboursés à 65%	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR
		Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	néant
		Traitement des addictions (tabagisme, alcoolique) - par an et par bénéficiaire	néant
	Participation forfaitaire pour les actes techniques		100% FR
	Médecine additionnelle et de prévention		
	Sur présentation d'une facture originale	Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 4 séances par an	1% PMSS
	Assistance		incluse

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 01/01/2019 : 3377 €)

\* 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 de la liste A et de la liste B dans le contrat.

\*\*\*\* La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) En établissement non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité ;
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.
- (5) 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.
- (6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies au contrat.
- (7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis au contrat.

(8) OPTIQUE :

Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. La période de 1 an 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. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage. La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres). L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

(9) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

## Grille optique

	Socle de Base	Option (y compris Socle de Base)
<b><u>Verres simples foyers, sphériques</u></b>		
- Sphère de -6,00 à +6,00	1,9%PMSS	2,7%PMSS
- Sphère de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	2,6%PMSS	3,4%PMSS
- Sphère < -10,00 ou > +10,00	2,9%PMSS	4,0%PMSS
<b><u>Verres simples foyers, sphéro-cylindriques</u></b>		
- Cylindre < ou = à +4,00 et sphère de -6,00 à 0,00	2,2%PMSS	3,0%PMSS
- Cylindre < ou = à +4,00, sphère positive et (sphère + cylindre) < ou = à +6,00	2,2%PMSS	3,0%PMSS
- Cylindre < ou = à +4,00, sphère positive et (sphère + cylindre) > +6,00	3,2%PMSS	4,2%PMSS
- Cylindre < ou = à +4,00 et sphère < -6,00 à > +6,00	2,7%PMSS	3,7%PMSS
- Cylindre > à +4,00 et sphère de -6,00 à 0,00	3,2%PMSS	4,2%PMSS
- Cylindre > +4,00, sphère positive et (sphère + cylindre) < ou = à +6,00	2,2%PMSS	3,0%PMSS
- Cylindre > +4,00, sphère positive et (sphère + cylindre) > +6,00	3,2%PMSS	4,2%PMSS
- Cylindre > à +4,00 et de sphère < -6,00 ou > +6,00	3,5%PMSS	4,8%PMSS
<b><u>Verres multi-focaux ou progressifs, sphériques</u></b>		
- Sphère de -4,00 à + 4,00	4,0%PMSS	5,4%PMSS
- Sphère < -4,00 ou > +4,00	4,5%PMSS	6,1%PMSS
<b><u>Verres multi-focaux ou progressifs, sphéro-cylindriques</u></b>		
- Qq soit la puissance de cylindre et sphère de -8,00 à +8,00	5,0%PMSS	6,7%PMSS
- Qq soit la puissance de cylindre et sphère < -8,00 à > +8,00	5,4%PMSS	7,4%PMSS

### **Article 5 | Montant et répartition des cotisations**

L'article 11.6.2 de l'accord est modifié comme suit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 :

#### « 11.6.2. Le montant et la répartition des cotisations

Le montant de la cotisation globale est fixé dans les tableaux ci-dessous :

##### Régime Général

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b>			
	<b>Isolé</b>	<b>Famille</b>	<b>Conjoint non à charge au sens de l'article XI-3.1 b</b>
<i>régime socle de base</i>	1.58 %	2.87 %	1.73 %
<i>option facultative</i>	+ 0.56 %	+ 1.03 %	+0.62 %

##### Régime Alsace Moselle

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b>			
	<b>Isolé</b>	<b>Famille</b>	<b>Conjoint non à charge au sens de l'article XI-3.1 b</b>
<i>régime socle de base</i>	0.95 %	1.72 %	1.04 %
<i>option facultative</i>	+ 0.56 %	+ 1.03 %	+0.62 %

La répartition de la cotisation est la suivante :

La cotisation « salarié isolé » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le régime socle de base uniquement,

La cotisation « famille » est financée à 50 % par le salarié et à 50 % par l'employeur pour le régime socle de base uniquement.

L'option peut également être souscrite à titre obligatoire par une entreprise. Le financement de ces cotisations est négocié au sein de chaque entreprise. Toutefois, l'employeur doit assurer au moins 50 % du financement de cette couverture.

Les tarifs applicables s'élèvent dans ce cas à :

<b>COTISATIONS EN % DU PMSS</b>			
	<b>Isolé</b>	<b>Famille</b>	<b>Conjoint non à charge au sens de l'article XI-3.1 b</b>
<i>Régime Général</i>	+ 0.47 %	+ 0.86 %	+ 0.52 %
<i>Régime Alsace Moselle</i>	+ 0.47 %	+ 0.86 %	+ 0.52 %

#### **Article 6 | Date d'application**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

#### **Article 7 | 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 8 | Révision, dénonciation**

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

*Fait à Paris, le 26 novembre 2019.*

(Suivent les signatures.)