

Convention collective nationale

IDCC : 405 | ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX DE L'UNION INTERSYNDICALE DES SECTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX (26 AOÛT 1965)

Avenant n° 03-2019 du 4 décembre 2019
relatif à la mise en place d'un régime collectif et obligatoire
de complémentaire santé

NOR : ASET2050086M

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

UNISSS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

CFDT ;

CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la convention collective nationale de travail secteur sanitaire social et médico-social du 26 août 1965 (IDCC 405) ont décidé de la création d'un nouveau régime de complémentaire santé mutualisé offrant un cadre commun et des garanties harmonisées pour l'ensemble des salariés et des entreprises appliquant cette convention.

Forts du régime existant, les partenaires sociaux ont souhaité construire un régime offrant des garanties collectives équilibrées dans le respect de la définition des contrats responsables modifiée par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ainsi les garanties construites intègrent notamment la réforme dite du « 100 % santé ». Par ailleurs, les partenaires sociaux soulignent la nécessité de construire un régime de qualité allant au-delà de la couverture obligatoire légale et réglementaire des articles L. 911-7 et D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Dans un esprit de solidarité entre les cotisants du champ d'application de cet accord, ces garanties collectives font l'objet d'une mutualisation nationale par recommandation d'organismes assureurs au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. La solidarité du régime mutualisé s'exprime notamment par le haut degré de solidarité attaché aux garanties ainsi mises en place dans le respect des articles R. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Dans ce cadre, les partenaires sociaux entendent financer des actions de prévention et

créer une action sociale performante à destination des bénéficiaires du régime mutualisé. Ainsi ces garanties s'intègrent dans le champ de l'article L. 2253-1 5° du code du travail.

Les tarifications des options du régime mutualisé sont élaborées en différentiel de garantie et s'ajoutent à la cotisation de la base bénéficiant du taux d'appel décrit dans l'accord.

Article 1^{er} | Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés cadres et non cadres des établissements entrant dans le champ d'application visés à l'article 1^{er} de la convention collective du travail du 26 août 1965, d'un régime collectif et obligatoire de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation dans le cadre de la définition des « contrats responsables », en complément d'un régime de base de la sécurité sociale et du régime local Alsace Moselle.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir la mutualisation de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence dans le respect des articles L. 912-1 et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, pour assurer sur l'ensemble du territoire national la couverture des garanties de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des assureurs recommandés. Le dispositif contractuel est également complété par le protocole technique et financier et le protocole de gestion administrative communs à ces organismes, conclus dans les mêmes conditions. Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective.

Article 2 | Mise en place du régime de complémentaire santé

Article 2.1 | Adhésion du salarié

2.1.1. Définition des bénéficiaires

Dans le cadre du caractère obligatoire du régime de complémentaire santé, celui-ci bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail quelle que soit sa nature ou d'un contrat d'apprentissage, dès le premier jour de l'embauche.

Les salariés ont toutefois la faculté de faire valoir l'un des cas de dispense dans les conditions définies à l'article 2.1.3 ci-après.

2.1.2. Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières de la sécurité sociale ou d'indemnités journalières complémentaires.

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu,

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa contribution.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension, par exemple dans le cadre d'un congé sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

L'employeur a obligation d'informer les salariés ou les apprentis de l'arrêt du bénéfice du régime de complémentaire santé et de leur possibilité de continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

2.1.3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion des salariés au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Les salariés, dont la situation correspond aux cas définis ci-après, auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime de complémentaire santé, sous réserve de solliciter par écrit ces dispenses d'affiliation et de produire les justificatifs requis :

a) Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission :

- d'une durée strictement supérieure à 3 mois à condition de justifier par écrit et en produisant tous documents justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'apprécier le niveau de prise en charge de ces garanties ;
- d'une durée inférieure ou égale à 3 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

La demande de dispense devra être formulée au moment de l'embauche ou au moment où ils réunissent les conditions pour en bénéficier. Pour les salariés en contrat à durée déterminée dont la relation contractuelle se poursuit au-delà de 3 mois, le justificatif d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs sera à fournir à cette date pour continuer de bénéficier du cas de dispense.

Concernant la durée du contrat prise en compte, il convient de tenir compte de la durée du contrat initial et de ses éventuelles prolongations. Par ailleurs, en cas de succession de contrats sans interruption, la durée prise en compte est la durée globale de la relation contractuelle.

b) Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit à la date d'embauche soit au moment de l'évolution de leur situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment). Dans ce dernier cas, la désaffiliation intervient à la fin du mois au cours duquel le salarié formule la demande de dispense.

L'intervention du haut degré de solidarité, prévue à l'article 5.2 du présent accord, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Conformément aux dispositions de l'article D. 911-2 du code de la sécurité sociale :

c) Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire (CMU-C ou tout dispositif se substituant) en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en application de l'article L. 863-1 du même code (ou de toute couverture s'y substituant).

La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. Le salarié déjà affilié au présent régime peut faire valoir ce cas de dispense en cas d'évolution de sa situation le conduisant à bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS conformément à l'article D. 911-5 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, la désaffiliation intervient à la fin du mois au cours duquel il formule la demande de dispense et fournit les justificatifs requis.

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. À l'échéance du contrat, ce dernier sera affilié de manière obligatoire au présent régime.

e) Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

- d'une couverture collective et obligatoire de remboursement de frais de santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'un dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- d'un contrat d'assurance de groupe issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin) relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

À défaut d'écrit et de justificatif, ou du renouvellement de ce dernier le cas échéant, adressé à l'employeur dans les conditions évoquées ci-dessus, ils seront obligatoirement affiliés au régime de complémentaire santé.

Ces dispenses d'affiliation s'appliquent sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 2.2 « Versement santé » du présent accord.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

Article 2.2 | Versement 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 (art. 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 salariés bénéficient du versement santé dont les conditions et montants 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.

Article 3 | *Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail*

Article 3.1 | *Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage*

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance complémentaire dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail, à l'exclusion de la faute lourde, ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

Article 3.2 | *Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi dite « Évin »*

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la « loi Évin » incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Les modalités de suivi de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail et dans le cadre de la loi dite « loi Évin » sont précisées dans le cadre du protocole de gestion administrative.

Dans tous les cas, la cotisation est plafonnée à 150 % du montant de la cotisation de la couverture de complémentaire santé dont bénéficiaient le salarié et ses ayants droit.

Article 4 | *Financement*

Article 4.1 | *Structure de la cotisation*

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant[s] et/ou conjoint, concubins ou partenaires de PACS) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droit, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Article 4.2 | Répartition des cotisations

La cotisation « salarié isolé » obligatoire est financée à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur.

Article 4.3 | Assiette de la cotisation

Dans le cadre de la mutualisation par recommandation d'organismes assureurs définie par le présent avenant, les cotisations servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2019, à 3 377 €. Il est modifié annuellement par voie réglementaire.

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint, concubin et partenaire lié par un PACS » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés de l'article 7 du présent accord :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole

	Contribution salariale	Contribution patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,765 %	0,765 %	1,53 %
Par enfant (facultatif – gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,65 %	-	0,65 %
Conjoint (facultatif)	1,53 %	-	1,53 %

Salariés relevant du régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle

	Contribution salariale	Contribution patro- nale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,52 %	0,52 %	1,04 %
Par enfant (facultatif – gratuité à compter du 3 ^e enfant)	0,42 %	-	0,42 %
Conjoint (facultatif)	1,04 %	-	1,04 %

Ces taux sont définis pour une période de 2 ans à compter du 1^{er} janvier 2020.

À titre informatif, un tableau des garanties et des taux de cotisation pour les régimes facultatifs est joint en annexe du présent accord.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire du salarié isolé et le cas échéant ses ayants droit, si un accord d'entreprise le prévoit.

Article 5 | Prestations

Article 5.1 | Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le respect des dispositions relatives aux contrats dits « responsables » par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties minimales prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.

Article 5.2 | *Haut degré de solidarité du régime mutualisé*

En application des dispositions des articles L. 912-1 et R. 912-1 et -2 du code de la sécurité sociale relatives à la mutualisation par recommandation d'organismes assureurs, le régime présente un haut degré de solidarité (HDS).

Ce HDS est financé par un prélèvement de 2 % HT de la cotisation applicable au salarié isolé pour le niveau de garantie correspondant à la base obligatoire du présent accord interbranche.

Le HDS mutualisé permet de prendre en compte des situations de fragilité auxquelles sont confrontés les salariés, leurs ayants droit et les bénéficiaires de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Évin ». Ces bénéficiaires doivent être couverts au titre du présent régime.

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation ou CPPNI décide par accord que le HDS finance :

- la prise en charge totale de la cotisation de tous les apprentis (part salariale) et de tous les salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute, dans la limite du montant de la cotisation salarié pour le régime obligatoire en vigueur dans l'entreprise.

Dans le cas où ces salariés et apprentis demandent leur adhésion au régime en vigueur dans l'entreprise, l'employeur avance l'ensemble des cotisations dues par le salarié ou l'apprenti au régime en vigueur dans l'entreprise et en demande le remboursement par le haut degré de solidarité selon les modalités définies à son règlement ;

- le financement d'actions en entreprise ayant pour objectifs principaux la prévention de la santé et l'amélioration de la qualité de vie au travail ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel ou collectif, comprenant notamment : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés et anciens salariés ; la prise en charge de reste à charge en matière de frais de santé.

La gestion du HDS est déléguée à la commission paritaire nationale santé et prévoyance (CPNSP).

La CPNSP décide alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montants et périodes), des orientations des actions de prévention, des règles de fonctionnement et des modalités en matière d'action sociale.

Ces décisions s'opèrent dans le respect des dispositions de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale et dans la limite de la disponibilité des fonds. En tout état de cause, le solde du HDS mutualisé ne peut pas être négatif.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. À cette fin, les organismes assureurs recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Les financements sont attribués sur décision de la commission chargée du suivi du régime selon la date de dépôt de la demande. Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

Les entreprises n'ayant pas souscrit un contrat auprès des organismes recommandés doivent s'assurer de la mise en œuvre des dispositions du présent article au sein de leur contrat d'assurance. Elles sont tenues de consacrer une proportion identique de la cotisation en vigueur et de financer le même type d'actions ainsi que celles ultérieurement définies par la CPNSP ou la CPPNI.

Article 6 | Suivi du régime de complémentaire santé mutualisé

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) délègue à une commission paritaire nationale santé et prévoyance (CPNSP), dont les membres sont les organisations d'employeurs et de salariés représentatives dans le champ du présent accord, le suivi et la gestion administrative du régime mutualisé ainsi que du haut degré de solidarité défini au présent accord.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de cette commission. Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourra faire l'objet d'ajustements négociés par la CPPNI.

Article 7 | Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent avenant, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues par le présent accord, les organismes assureurs suivants :

- Harmonie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473, n° LEI : 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris.
- ADREA Mutuelle, membre du groupe AESIO mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 311 799 878, siège social : 25, place de la Madeleine, 75008 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 9 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) avec les organismes recommandés avant le 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de 6 mois avant l'échéance.

Article 8 | Dialogue social

Pour respecter le caractère paritaire voulu par les partenaires sociaux dans la gestion du régime de complémentaire santé, pour les entreprises en dehors de la recommandation :

- celles-ci devront fournir les comptes de résultats annuels du régime en vigueur dans l'entreprise et les porter à consultation au CSE ;
- le fonds de solidarité en vigueur dans l'entreprise au titre de l'article 5.2 doit avoir une gestion paritaire selon des modalités définies entre les parties.

Article 9 | Effet, durée, révision et dénonciation

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2020 sous réserve de son agrément conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Il est conclu pour une durée indéterminée sous réserve de la période quinquennale définie à l'article 7 dans le respect de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Sous réserve de ce qui précède, le présent accord pourra être révisé dans les conditions légales applicables.

Le présent accord pourra faire l'objet d'une dénonciation totale, et globale, sur l'ensemble du champ d'application, dans les conditions légales applicables.

Cet avenant est applicable à partir du 1^{er} janvier 2020.

Fait à Charenton-le-Pont, le 4 décembre 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1

GARANTIES 2020 CCN 65 ISO BUDGET									
Garanties conventionnelles remboursements de la Sécurité sociale inclus	BASE OBLIGATOIRE			OPTION 1			OPTION 2		
FRAIS D'HOSPITALISATION									
Frais de séjour :									
Conventionnés	150% BR			200% BR			300% BR		
Non conventionnés	100% BR			100% BR			100% BR		
Honoraires (signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)) :									
Actes de chirurgie (ADC)									
Actes d'odontologie (ADO)	170% BR			220% BR			300% BR		
Actes d'obstétrique (ACO)									
Actes techniques médicaux (ATM)									
Honoraires (non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)) :									
Actes de chirurgie (ADC)									
Actes d'odontologie (ADO)	150% BR			200% BR			200% BR		
Actes d'obstétrique (ACO)									
Actes techniques médicaux (ATM)									
Honoraires non conventionnés	100% BR			100% BR			100% BR		
Forfait Hospitalier	100% FR			100% FR			100% FR		
Forfait actes lourds	100% FR			100% FR			100% FR		
Chambre particulière par jour :	100% FR			100% FR			100% FR		
Conventionnée de nuit	Limitée à 1,5% PMSS			Limitée à 2,25% PMSS			Limitée à 3% PMSS		
Conventionnée de jour	Limitée à 1,5% du PMSS			Limitée à 2,25% du PMSS			Limitée à 3% du PMSS		
Non conventionnée	Non couverte			Non couverte			Non couverte		
Personne accompagnante par jour :	100% FR			100% FR			100% FR		
Conventionnée	Limitée à 1,5% PMSS			Limitée à 2,25% PMSS			Limitée à 3% PMSS		
Non conventionnée	couverte			couverte			Non couverte		
FRAIS MEDICAUX									
Consultation -visites - Généralistes signataires de l'OPTAM(1)	100% BR			100% BR			170% BR		
Consultation -visites - Généralistes Non signataires de l'OPTAM(1)	100% BR			100% BR			150% BR		
Consultation -visites - Spécialistes signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	170% BR			220% BR			220% BR		
Consultation -visites - Spécialistes Non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	150% BR			200% BR			200% BR		
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, psychomotricien, diététicien, étiothérapie, psychologue)	25 € par acte limité à 2 par année civile et par bénéficiaire			30 € par acte limité à 2 par année civile et par bénéficiaire			50 € par acte limité à 2 par année civile et par bénéficiaire		
Pharmacie	100% BR			100% BR			100% BR		
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	25 € par an et par bénéficiaire			50 € par an et par bénéficiaire			100 € par an et par bénéficiaire		
Analyses et examens de biologie	100% BR			100% BR			170% BR		
Auxiliaires médicaux	100% BR			100% BR			150% BR		
Actes de petite chirurgie (ADO) et actes techniques médicaux (ATM) signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	100% BR			150% BR			170% BR		
Actes de petite chirurgie (ADO) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	100% BR			125% BR			150% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	100% BR			150% BR			170% BR		

Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	100% BR			125% BR			150% BR		
Orthopédie et autres prothèses	125% BR			150% BR			200% BR		
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans max : 1 700 €)	Classe 1		Classe 2	Classe 1		Classe 2	Classe 1		Classe 2
Transport remboursé par la Ss	100% PLV (2)		400 € par oreille (Min 100% BR)	100% PLV (2)		800 € par oreille (Min 100% BR)	100% PLV (2)		1200 € par oreille (Min 100% BR)
DENTAIRE									
Soins dentaires	100% BR			100% BR			100% BR		
Inlays/onlays	125% BR			150% BR			175% BR		
Orthodontie remboursée par la Ss	200% BR			300% BR			350% BR		
Orthodontie non remboursée par la Ss	Non couverte			Non Couverte			250% BR		
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss (plafond annuel)	250% BR			300% BR			350% BR		
Pandantologie	200 € par an et par bénéficiaire			300 € par an et par bénéficiaire			500 € par an et par bénéficiaire		
Implantologie	200 € par an et par bénéficiaire			300 € par an et par bénéficiaire			500 € par an et par bénéficiaire		
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :	Panier 100% santé		Panier maîtrise	Panier 100% santé		Panier maîtrise et Panier libre	Panier 100% santé		Panier maîtrise et Panier libre
Dents de suite (indivises, canines, prémolaires)	100% du PLV (2) selon matériel et position de la dent		225% BR	100% du PLV (2) selon matériel et position de la dent		260% BR	100% du PLV (2) selon matériel et position de la dent		295% BR
Dents de fond de bouche			150% BR			185% BR			220% BR
Inlays-core (dans la limite des PLV fixes)			125% BR			150% BR			200% BR
OPTIQUE (5)									
Verres **									
Monture adulte **	100% du PLV (2)			100% du PLV (2)			100% du PLV (2)		
Monture enfant **				Grille Option 1			Grille Option 2		
Lentilles prescrites (acceptables, refusées, établies)	3% PMSS			3% PMSS			6,5% PMSS		
Chirurgie réfractive	400 € par œil par an et par bénéficiaire			600 € par œil par an et par bénéficiaire			800 € par œil par an et par bénéficiaire		
ACTES DE PREVENTION									
Tous les actes des contrats responsables	100% BR			100% BR			100% TM		
Substitut nicotinique	40 € par an et par bénéficiaire			60 € par an et par bénéficiaire			80 € par an et par bénéficiaire		
ACTES D'AVANCE									
Omnéodentomorphie osseuse	40 € par an et par bénéficiaire			60 € par an et par bénéficiaire			80 € par an et par bénéficiaire		
Cures thermiques acceptées par la Ss	100 € par an et par bénéficiaire			200 € par an et par bénéficiaire			300 € par an et par bénéficiaire		
Contre-indication remboursée ou non par la Ss	100 € par an et par bénéficiaire			200 € par an et par bénéficiaire			300 € par an et par bénéficiaire		

Ss : Sécurité sociale

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BR : Base de remboursement reconnue

** Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

** En tout état de cause, les garanties doivent respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

(1) OPTAM : Médecins ayant adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM-CO pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

(2) PLV : Prix Limite de Vente.

(3) Hors RAO, limité à 800 € ou 1 050 € par an et par bénéficiaire ; au-delà, la garantie appliquée est celle du décret n° 2019-65 (125% BR). Les devis prothétiques sont valables 6 mois.

(4) Dents de suite : Ce sont les Indivises - Canines - Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45.

(5) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII, la prise en charge est annuelle.

Grilles Optiques (Sécurité sociale incluse)	Base		Option 1		Option 2	
UNIFOCAUX	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% PLV (*)	55,00 €	100% PLV	85,00 €	100% PLV	95,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		55,00 €		85,00 €		95,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		60,00 €		85,00 €		100,00 €
sphère < -8 ou > +8		75,00 €		90,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	65,00 €	100% PLV	85,00 €	100% PLV	105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		65,00 €		85,00 €		105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		70,00 €		90,00 €		110,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		80,00 €		95,00 €		115,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	85,00 €	100% PLV	105,00 €	100% PLV	125,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		85,00 €		105,00 €		125,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		90,00 €		110,00 €		130,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		95,00 €		115,00 €		135,00 €
MULTIFOCALUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	120,00 €	100% PLV	140,00 €	100% PLV	160,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		120,00 €		140,00 €		160,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		130,00 €		150,00 €		170,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		150,00 €		170,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	145,00 €	100% PLV	165,00 €	100% PLV	185,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		145,00 €		165,00 €		185,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		150,00 €		170,00 €		190,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		155,00 €		175,00 €		195,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	145,00 €	100% PLV	165,00 €	100% PLV	185,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		145,00 €		165,00 €		185,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		150,00 €		170,00 €		190,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		155,00 €		175,00 €		195,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
Verre neutre	100% PLV	55,00 €	100% PLV	85,00 €	100% PLV	95,00 €
Monture		100,00 €		100,00 €		100,00 €
Supplément monture Enfant de moins de 6 ans		-		-		-
SUPPLEMENTS						
Prisme incorporé adulte	100% BR		100% BR		100% BR	
Prisme incorporé enfant						
Prisme souple enfant moins de 6 ans						
Antiptosis Adulte						
Antiptosis Enfant						
Iséiconiques Adulte						
Iséiconiques Enfant						
Filtre teinté						
Filtre ultraviolet moins de 18 ans						
Filtre occlusion partielle moins de 6 ans						
Adaptation verres de classe A	-		10 € par adaptation		10 € par adaptation	
Adaptation verres de classe B						
Appairage niveau 1	100% BR		100% BR		100% BR	
Appairage niveau 2						
Appairage niveau 3						

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

S = Cylindre + Sphère