

Brochure n° 3221 | Convention collective nationale

IDCC : 1278 | **PERSONNELS PACT ET ARIM**

(Centres pour la protection, l'amélioration et la conservation de l'habitat et associations pour la restauration immobilière)

Avenant du 28 novembre 2019

à l'accord du 30 septembre 2014
relatif aux garanties collectives « Frais médicaux »

NOR : ASET2050552M

IDCC : 1278

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

**CNEA ;
SOLIHA,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CGT ;
FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant a pour objet :

- la mise en conformité du tableau de garanties intitulé « Frais de santé : ensemble du personnel », figurant à l'article 2 de l'accord du 30 septembre 2014 avec la nouvelle réglementation en vigueur, à savoir, la mise en œuvre la réforme du « 100 % santé » instaurée par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le 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 le 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 ») ;
- l'adaptation de l'article 3 intitulé « Affiliation des salariés » de l'accord du 30 septembre 2014 afin de prendre en compte la création de la complémentaire solidaire ;
- la modification de l'article 4 « Bénéficiaires » de l'accord du 30 septembre 2014 afin de l'adapter à la protection universelle maladie (PUMA).

Le présent avenant a le même champ d'application que la convention collective nationale des personnels PACT et ARIM (centres pour la protection, l'amélioration et la conservation de l'habitat et associations pour la restauration immobilière) du 21 octobre 1983, dont il organise la mise à jour réglementaire. En application de l'arrêté de fusion du 1^{er} août 2019 avec la convention collective nationale des organismes gestionnaires de foyers et services pour jeunes travailleurs, le présent avenant sera annexé à cette dernière.

Article 1^{er} | Tableau de garanties

À compter de la date d'effet du présent avenant le tableau figurant à l'article 2 intitulé « Garanties » de l'accord du 30 septembre 2014, tel que modifié par l'avenant du 18 septembre 2018 est remplacé par le tableau de garanties suivant :

Les garanties s'expriment en complément de la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés	Base conventionnelle obligatoire
Hospitalisation*	
Chirurgie – hospitalisation	
Frais de séjour, salle d'opération, pharmacie et autres frais médicaux	Conv. : 100 % FR limité à 100 % BR
	Non conv. : 80 % FR limité à 150 % BR reconstituée
Honoraires : actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux, et autres honoraires – OPTAM et OPTAM-CO	Conv. : 100 % FR limité à 150 % BR
Honoraires : actes de chirurgie, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes techniques médicaux, et autres honoraires – non-OPTAM et non OPTAM-CO	Conv. : 100 % FR limité à 100 % BR
	Non conv. : 80 % FR limité à 100 % BR reconstituée
Forfait journalier hospitalier	Pris en charge intégralement
Forfait acte lourd	Pris en charge intégralement
Chambre particulière y compris maternité	2,4 % du PMSS/jour
Lit accompagnant pour enfant de moins de 12 ans	1,3 % du PMSS/jour
Transport accepté par la sécurité sociale	100 % TM
Soins courants	
Généraliste (consultations, visites, actes techniques médicaux et actes de petite chirurgie) – OPTAM et OPTAM CO	100 % BR
Généraliste (consultations, visites, actes techniques médicaux et actes de petite chirurgie) – non-OPTAM et non OPTAM CO	80 % BR
Spécialiste (consultations, visites, actes techniques médicaux et actes de petite chirurgie) – OPTAM et OPTAM CO	150 % BR
Spécialiste (consultations, visites, actes techniques médicaux et actes de petite chirurgie) – non-OPTAM et non OPTAM CO	130 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie, Doppler... – OPTAM	130 % BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie, Doppler... – non-OPTAM	100 % BR
Analyses	100 % BR
Pharmacie	

Les garanties s'expriment en complément de la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés	Base conventionnelle obligatoire
Médicaments à service médical rendu (SMR) « majeur » ou « important »	TM
Médicament à service médical rendu (SMR) « modéré »	TM
Médicament à service médical rendu (SMR) « faible »	TM
Aides auditives	
Équipement 100 % santé ^{[1] [2]}	100 % santé
Équipement à tarif libre ^{[1] [2]}	200 % BR
Piles	TM
Dentaire	
Soins	155 % BR
Soins et prothèses dentaires 100 % santé ^[3]	100 % santé
Soins et prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ^[3]	
– prothèses fixes	300 % BR
– inlay-Core	250 % BR
– prothèses transitoires	300 % BR
– inlay onlay	200 % BR
– prothèses amovibles	300 % BR
Soins et prothèses dentaires à tarifs libres	
– prothèses fixes	300 % BR
– inlay-Core	250 % BR
– prothèses transitoires	300 % BR
– inlay onlay	200 % BR
– prothèses amovibles	300 % BR
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	250 % BR
Implants, (limités à 3 implants par bénéficiaires et par an)	18 % du PMSS
Parodontologie	5 % PMSS/an/personne
Optique	
Équipement « 100 % santé » ^{[1] [4] [5]}	
– monture	100 % santé
– par verre	100 % santé
Équipement à tarif libre ^{[1] [4] [5] [6]}	
– monture	100 €
– par verre	
– simple	2,80 % du PMSS
– complexe	4,30 % du PMSS
– très complexe	4,80 % du PMSS
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	TM
Verres avec filtre	TM

Les garanties s'expriment en complément de la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés	Base conventionnelle obligatoire
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséi-coniques)	TM
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	TM + 4,60 % du PMSS/an
Lentilles refusées par le régime obligatoire	4,60 % du PMSS/an
Opérations de chirurgie correctrice de l'œil	13 % du PMSS/œil
Autres	
Orthopédie	200 % BR
Maternité (par enfant y compris adoption d'un enfant de moins de 10 ans)	10 % du PMSS
Cures thermales (acceptées)	10 % du PMSS
Médecine douce ostéopathie, acupuncture, chiropractie**	40 €/séance maxi 3/an/bénéficiaire
Vaccins prescrits sur ordonnance par un médecin	3 % PMSS
Sevrage tabagique prescrit par un médecin	50 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention	
Détartrage complet sus et sous gingival des dents	100 % BR
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien enfant - 12 ans 30 € maximum	30 € maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 à 59 ans	50 € maximum/an/bénéficiaire
<p>FR : frais réels BR : base de remboursement TM : ticket modérateur PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique. Elles remplacent à compter du 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO. Conv : conventionné</p> <p>* Limitation à 30 jours par année civile, pour le séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique * Maison santé pour maladies nerveuse et mentale, l'indemnisation étant limitée à 30 jours par séjour ** Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathe dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ** Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membre de l'association française de chiropractie (AFC) ** les acupuncteurs doivent être inscrits au conseil de l'ordre des médecins</p> <p>[1] Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. [2] Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. [3] Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. [4] Prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. – 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. [5] Un équipement est composé de 2 éléments, à savoir 2 verres et 1 monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (« 100 % santé » ou tarif libre). [6] Verres simples : – verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6.00 et + 6.00 dioptries ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00 dioptries ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. Verres complexes : – verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6.00 à + 6.00 dioptries ;</p>	

**Les garanties s'expriment en complément de la sécurité sociale,
dans la limite des frais réellement engagés**

Base conventionnelle obligatoire

- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4.00 dioptries ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie ;
 - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4.00 et + 4.00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
- Verres très complexes :
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4.00 à + 4.00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4.00 dioptries ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie ;
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

Article 2 | Affiliation

L'affiliation de l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté au contrat souscrit par l'employeur est obligatoire, sous réserve des cas exposés ci-après.

Les salariés, quelle que soit la date d'embauche, et qui en font la demande par écrit, peuvent être dispensés d'adhérer aux garanties prévues dans les cas ci-dessous :

- les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit par ailleurs :
 - dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au 6° alinéa de l'article L. 242-1 du même code ;
 - par le 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 ;
 - par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - dans le cadre des dispositions prévues 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 ;
 - dans le cadre des dispositions prévues 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 ;
 - dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés sous contrat de travail à durée déterminée, saisonnier et les apprentis :
 - sans justificatif s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois ;
 - sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois ;

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’adhésion au système de garanties les conduirait à s’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, sauf si cette cotisation est prise en charge par l’employeur.

Les salariés remplissant les conditions d’une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l’employeur qui en conservera la trace, et cela chaque année.

Article 3 | Bénéficiaires

À compter de la date d’effet du présent avenant, l’article 4 « Bénéficiaires » de l’accord du 30 septembre 2014 est rédigé comme suit :

« L’adhésion du salarié entraîne la couverture à titre obligatoire de ses ayants droit ci-dessous définis :

- enfant légitime, naturel, reconnu ou adoptif à charge de l’assuré au sens de la sécurité sociale, ou à la charge de son conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, de son concubin ou partenaire de Pacs ;
- le nouveau-né ou l’enfant adopté est garanti dès le jour de la naissance ou de l’adoption, sous réserve que la demande soit adressée à l’organisme assureur gestionnaire dans les 30 jours qui suivent l’événement. Les enfants jusqu’au jour de leur 28^e anniversaire satisfaisant au moins une des conditions suivantes :
 - étudiants percevant une rémunération au plus 3 mois dans l’année ou, à défaut, n’excédant pas 60 % du Smic ;
 - en situation de handicap et percevant une allocation prévue par la loi du 30 juin 1975 ;
 - à la recherche d’un 1^{er} emploi et inscrits en tant que tels à Pôle emploi.

Par ailleurs, le conjoint, concubin ou partenaire de Pacs du salarié peut adhérer à titre facultatif au présent régime, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante. »

Article 4 | Entreprises de moins de 50 salariés

Compte tenu de la nature et de l’objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l’égard des entreprises de moins de 50 salariés, dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime conventionnel de remboursement de frais de soins de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

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

Article 5 | Date d’effet et formalités

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2020.

Les parties signataires du présent avenant s’engagent à effectuer les formalités de dépôt et à en demander l’extension auprès des services du ministère compétent.

Fait à Paris, le 28 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)