

**Avenant n° 1 du 1<sup>er</sup> juin 2022**

à l'accord du 22 novembre 2021  
relatif aux régimes de frais de santé et de prévoyance

NOR : ASET2251036M

IDCC : 1316

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

**HEXOPÉE ;**

**FFTV,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT ;**

**CFE-CGC ;**

**SNEPAT FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le présent avenant a pour objet de corriger et de compléter l'accord du 22 novembre 2021, relatif aux régimes de prévoyance et de frais de santé. Il tient compte des observations faites par la direction de la sécurité sociale dans le cadre de la procédure d'extension.

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

L'avenant du 22 novembre 2021 met en place une nouvelle recommandation frais de santé et prévoyance dans la branche du tourisme social et familial. Par sa nature, il remplace les régimes prévoyance et frais de santé prévus par l'accord du 17 novembre 2016 et ses avenants successifs.

En conséquence l'intitulé « Avenant du 22 novembre 2021 à l'accord du 17 novembre 2016 relatif aux régimes frais de santé et prévoyance » est supprimé et remplacé par :

■ « Accord du 22 novembre 2021 relatif aux régimes de frais de santé et de prévoyance ».

Le terme « accord » sera donc utilisé pour désigner ce texte (qui est l'objet des modifications qui vont suivre) au sein du présent avenant.

## Article 2

Le troisième alinéa du préambule de l'accord du 22 novembre 2021 est supprimé et remplacé par :

« Les partenaires sociaux rappellent que le choix de l'assureur est libre, mais ayant un fort attachement à la mutualisation, ils invitent les structures de la branche à privilégier l'un des organismes assureurs recommandés et mentionnés aux articles 2 et 4 du présent accord. »

## Article 3

Le contenu de l'article 3.2 est supprimé et remplacé par :

« L'adhésion au régime frais de santé est obligatoire et s'applique dès le jour de l'embauche pour l'ensemble des salariés pour les frais de santé, à l'exclusion de ceux mentionnés à l'article 3.2.1 du présent accord qui ont demandé une dispense d'adhésion.

La couverture "frais de santé" obligatoire vise le salarié et ses enfants dans le cadre d'un contrat santé de type "famille hors conjoint".

Sont donc couverts :

- le salarié ;
- ses enfants à charge.

Sont considérés à charge, indépendamment de la position fiscale, les enfants de l'assuré et de son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacs) dont la filiation avec l'assuré, y compris adoptive, est légalement établie :

- jusqu'à leur 21<sup>e</sup> anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 26<sup>e</sup> anniversaire, et sous condition soit :
  - de poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au centre national d'enseignement à distance (CNED) ;
  - d'être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, et d'autre part, l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
  - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du régime d'assurance chômage comme demandeurs d'emploi, ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un établissement et service d'aide par le travail (Esat) ou dans un atelier protégé en tant que travailleurs handicapés.

Par assimilation sont considérés comme à charge, les enfants à naître et nés viables, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint éventuel, du conjoint ou du (de la) concubin(e) ou du partenaire lié par un PACS de l'assuré qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si l'autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

Le conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS de l'assuré, peut être couvert par une extension facultative souscrite individuellement par l'assuré.

Sont considérés comme conjoint de l'assuré :

- le conjoint de l'assuré légalement marié, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), non divorcé ;
- le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- la personne vivant en concubinage avec l'assuré. Conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple. »

#### Article 4

À l'article 3.2.2 la phrase : « Salariés embauchés pour une durée inférieure ou égale à 3 mois ou pour une durée hebdomadaire inférieure ou égale à 15 heures » est supprimée car faisant l'objet d'un doublon.

#### Article 5

Au sein de l'article 5 « Description du régime de prévoyance », le contenu de l'article 5.4.1 « Revalorisation des prestations périodiques » est supprimé et remplacé par :

« En cours de vie du présent contrat, la revalorisation des prestations périodiques en cours de service est effectuée, en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC-ARRCO pour les indemnités journalières, les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente professionnelle. »

#### Article 6

À l'article 5.5 les termes « dans l'objectif de respecter les dispositions légales applicables » sont supprimés et remplacés par : « conformément aux dispositions de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. »

#### Article 7

Le contenu de l'article 7 de l'accord est supprimé et remplacé par :

« Conformément aux dispositions du décret n° 2010-1498 du 11 décembre 2014, 2 % des cotisations hors taxe au régime frais de santé et au régime de prévoyance sont consacrés à des actions de prévention et d'accompagnement individuel et collectif lié à la santé des salariés de la branche.

■ Les 2 % sont assis, pour le régime frais de santé, sur le montant total :

– des cotisations du régime complémentaire de base et du régime surcomplémentaire éventuellement choisi par l'entreprise, que les contrats soient instaurés à titre obligatoire ou à titre facultatif ;

■ Les 2 % sont assis, pour le régime de prévoyance, sur le montant total :

– des cotisations prévoyance prévues à l'article 5.5 de l'accord.

Il est précisé que deux fonds de solidarité distincts sont mis en place, un fonds pour le régime frais de santé et un fonds pour le régime de prévoyance. Le fonctionnement de chaque fonds est défini dans un règlement. »

#### Article 8

Le contenu de l'article 12 de l'accord est supprimé et remplacé par :

« Cet accord fera l'objet des formalités de publicité et de dépôt ainsi que les formalités nécessaires à son extension, conformément aux dispositions légales applicables.

## Article 9

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 le forfait patient urgences (FPU) s'applique et fait partie intégrante du cahier des charges des contrats responsables.

Le tableau des garanties de santé annexé est donc modifié comme suit :

	Complémentaire prise en charge de base	Surcomplémentaire (y compris Base)
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup> en établissement conventionné ou non</b>		
Frais de séjour		
- En établissement conventionné	100 % BR	100 % FR
- En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR
Honoraires		
- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup> - Non remboursé par la SS	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Forfait Patient Urgence (FPU) <sup>(9)</sup> - Non remboursé par la SS		
Chambre particulière <sup>(3)</sup> y compris maternité - Non remboursée par la SS - Par nuitée ou par jour	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant <sup>(3)</sup> - Non remboursé par la SS Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - Par nuitée	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée

OPTIQUE <sup>(7)</sup> - Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres)

ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ ** » - Classe A***	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>
ÉQUIPEMENT AUTRE QUE « 100 % SANTÉ »		
- Par verre simple - Par bénéficiaire *****	70 €	90 €
- Par verre complexe - Par bénéficiaire *****	150 €	180 €
- Par verre très complexe - Par bénéficiaire *****	200 €	250 €
- Par monture de lunettes - Par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	70 €	90 €
- Par monture de lunettes - Par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	50 €	70 €
PRESTATION D'ADAPTATION DES VERRES DE CLASSE A OU B PAR L'OPTICIEN	100% BR	100% BR
SUPPLÉMENTS POUR LES ÉQUIPEMENTS DE CLASSE B <sup>(8)</sup>	100% BR	100% BR
LENTILLES		
- Lentilles prescrites remboursées par la SS - Par an et par bénéficiaire	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €
- Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la SS - Par an et par bénéficiaire	100 €	150 €
CHIRURGIE OPTIQUE RÉFRACTIVE – Par œil / an / bénéficiaire		300 €
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ ** »	Sans reste à payer <sup>(5)</sup>	Sans reste à payer <sup>(5)</sup>
SOINS		
- Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
- Parodontologie non remboursée par la SS - par an et par bénéficiaire	-	100 € / an
PROTHÈSES AUTRES QUE « 100 % SANTÉ »		
- Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
- Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par la SS (couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)) - par acte, limité à 3 actes par an et par bénéficiaire	-	120 €
- Inlay/onlay remboursés par la SS	125 % BR	280 % BR
IMPLANTOLOGIE – Par implant ; maximum 3 implants / an / bénéficiaire	300 €	400 €
ORTHODONTIE – Remboursée par la SS - par semestre de traitement et par bénéficiaire	230 % BR	300 % BR

AIDES AUDITIVES		
Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
ÉQUIPEMENT « 100 % SANTÉ ** » - Classe I****	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>	Sans reste à payer <sup>(6)</sup>
ÉQUIPEMENT AUTRE QUE « 100 % SANTÉ » - Classe II**** Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la SS	100 % BR	100 % BR + 300 € par oreille et par bénéficiaire
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*	150 % BR	180 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste :		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	220 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale		
- Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	180 % BR
- Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	160 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX – Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % BR	150 % BR
MATÉRIEL MÉDICAL		
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	210 % BR
FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE - Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100 % BR	150 % BR
CURES THERMALES		
- Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR
- Forfait transport et hébergement thermal - Forfait global annuel pour cures thermales prises en charge par la SS - Par an et par bénéficiaire	-	100 €
MÉDICAMENTS - Remboursés par la SS	100 % BR	100 % BR

<b>MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION</b> Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		
- Médecine douce (Ostéopathe, homéopathe, chiropracteur) – Par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	25 €	35 €

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

**DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

**PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

\* 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 maximums fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

\*\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste 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 Spécialisée, 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 définies aux Conditions générales.

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

(7) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

(8) Prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques

(9) le Forfait Patient Urgence est pris en charge pour les assurés se rendant aux urgences d'un hôpital pour des soins non suivis d'une hospitalisation.

## Article 10

Pour l'application de la garantie « Rente éducation » il est précisé que cette rente est versée jusqu'aux 21 ans de l'enfant sans condition puis à partir de 21 ans et jusqu'à l'âge de 25 ans maximum, sous condition de poursuite d'études notamment.

Les tableaux des garanties de prévoyance (cadres et non cadres) annexés sont donc modifiés comme suit :

*(Voir page suivante.)*



## Tableau de garanties prévoyance – Salariés « cadres » :

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches 1 et 2(1).

	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
<b>CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)</b>		
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré célibataire, veuf, divorcé (CVD)	200 %	200 %
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré marié, pacsé, en concubinage	200 %	200 %
Capital supplémentaire : double effet Exprimé en % du capital décès (ou IAD) toutes causes	100 %	100 %
Capital supplémentaire : frais d'obsèques (2) En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans (4)	105 % PMSS (3)	105 % PMSS (3)
<b>RENTE D'ÉDUCATION</b>		
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant âgé de moins de 21 ans	13 %	13 %
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant âgé de 21 à 25 ans (sous condition de poursuite d'études notamment)	13 %	13 %
Rente d'éducation supplémentaire (majoration) Exprimé en % de la rente annuelle temporaire d'éducation Par famille pour les orphelins des deux parents	100 %	100 %
Le montant de la rente d'éducation servie par enfant ne peut être inférieur à 2 000 € par an.		
<b>RENTE DE CONJOINT</b>		
Rente substitutive En cas de décès (ou IAD) d'un assuré marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	7 % sur 5 ans	7 % sur 5 ans
Le montant de la rente substitutive de conjoint ne peut être inférieur à 1 000 € par an.		
<b>GARANTIE HANDICAP</b>		
Rente mensuelle viagère en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD		500 €
Capital supplémentaire en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD		6 000 €
<b>INCAPACITÉ TEMPORAIRE</b>		
Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française		
Franchise En nombre de jours discontinus	90 Jours	90 Jours
Indemnité journalière complémentaire	80 %	80%
<b>INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)</b>		
Sous déduction de la rente d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale française		
Rente d'invalidité 1re catégorie de la Sécurité sociale française	48 %	48 %
Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %	80 % T1 x (3N/2)	80 % T2 x (3N/2)
« N » est le taux d'incapacité permanente professionnelle		
Rente d'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale française ou incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	80 %	80 %



## Tableau de garanties prévoyance – Salariés « non-cadres » :

Les prestations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel brut limitées aux tranches 1 et 2(1).

	Tranche 1	Tranche 2 dans la limite de 4 PASS
CAPITAL DÉCÈS OU INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE (IAD)		
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré célibataire, veuf, divorcé (CVD)	100 %	100 %
Capital décès (ou IAD) toutes causes Assuré marié, pacsé, en concubinage	100 %	100 %
Capital supplémentaire : double effet Exprimé en % du capital décès (ou IAD) toutes causes	100 %	100 %
Capital supplémentaire : frais d'obsèques (2) En cas de décès de l'assuré ou du conjoint ou d'un enfant à charge de plus de 12 ans (4)	105 % PMSS (3)	105 % PMSS (3)
RENTE D'ÉDUCATION		
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant âgé de moins de 21 ans	13 %	13 %
Rente annuelle temporaire d'éducation en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant âgé de 21 à 25 ans (sous condition de poursuite d'études notamment)	13 %	13 %
Rente d'éducation supplémentaire (majoration) Exprimé en % de la rente annuelle temporaire d'éducation Par famille pour les orphelins des deux parents	100 %	100 %
Le montant de la rente d'éducation servie par enfant ne peut être inférieur à 2 000 € par an.		
RENTE DE CONJOINT		
Rente substitutive En cas de décès (ou IAD) d'un assuré marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	7 % sur 5 ans	7 % sur 5 ans
Le montant de la rente substitutive de conjoint ne peut être inférieur à 1 000 € par an.		
GARANTIE HANDICAP		
Rente mensuelle viagère en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD	500 €	
Capital supplémentaire en cas de décès ou IAD de l'assuré Par enfant reconnu handicapé au moment du décès ou de l'IAD	6 000 €	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE		
Sous déduction des indemnités journalières brutes versées par la Sécurité sociale française		
Franchise En nombre de jours discontinus	90 Jours	90 Jours
Indemnité journalière complémentaire	80 %	80%
INVALIDITÉ ET INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (IPP)		
Sous déduction de la rente d'invalidité brute versée par la Sécurité sociale française		
Rente d'invalidité 1re catégorie de la Sécurité sociale française	48 %	48 %
Incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % « N » est le taux d'incapacité permanente professionnelle	80 % T1 x (3N/2)	80 % T2 x (3N/2)
Rente d'invalidité 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale française ou incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 66 %	80 %	80 %

## Article 11

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du tourisme social et familial, quel que soit leur effectif. En raison de sa nature, le présent accord ne prévoit pas de dispositions particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

## Article 12

Le présent avenant prend effet au 1<sup>er</sup> juin 2022. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il fera l'objet des formalités de publicité et de dépôt, ainsi que les formalités nécessaires à son extension, conformément aux dispositions légales.

*Fait à Paris, le 1<sup>er</sup> juin 2022.*

(Suivent les signatures.)