

Avenant n° 5 du 30 décembre 2022

à l'accord du 3 juillet 2015
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2350080M

IDCC : 1631

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

FNHPA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

FO ;

FS CFDT ;

INOVA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux de la branche de l'hôtellerie de plein air (HPA) ont lancé le 15 avril 2022, une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner un ou plusieurs organismes recommandés pour assurer les risques frais de santé au niveau de la branche. Dans ce cadre, conformément aux dispositions légales, les partenaires sociaux réunis en commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) en date du 24/11/2022, sont convenus par le présent avenant d'actualiser et de compléter l'accord du 3 juillet 2015 par des garanties frais de santé présentant un degré élevé de solidarité, qui comprennent à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

Les partenaires sociaux souhaitent rappeler leur fort attachement à la mutualisation et invitent ainsi les structures à adhérer à un des organismes recommandés au niveau de la branche.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent avenant s'applique aux entreprises visées à l'article 1.1 de la convention collective nationale de l'hôtellerie de plein air du 2 juin 1993 modifié par l'avenant n° 3 du 25 octobre 1995 étendu, ainsi qu'à leurs salariés.

Article 2 | Contrat responsable

Le texte de l'article 5 « Contrat responsable » de l'accord du 3 juillet 2015 est complété des dispositions suivantes :

« Depuis le 1^{er} janvier 2022, le régime prend en charge intégralement le forfait patient urgence.

Depuis le 5 avril 2022, le régime prend en charge le ticket modérateur lors des consultations de psychologue dans le cadre du dispositif mon psy. »

Ces dispositions sont également intégrées dans l'annexe I qui est remplacée par l'annexe I « Garanties santé », ci-après.

Article 3 | Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants droit du salarié

La condition d'âge prévue au dernier alinéa de l'article 3 « Extension facultative de la couverture du socle obligatoire aux ayants droit du salarié », de l'accord du 3 juillet 2015, s'agissant de la reconnaissance du handicap des enfants est portée du 21^e au 26^e anniversaire.

Article 4 | Cotisations

Les deux tableaux de cotisation prévus à l'article 6.2 « Modalités concernant les cotisations » de l'accord du 3 juillet 2015, sont remplacés par les deux tableaux suivants à effet du 1^{er} janvier 2023, avec les précisions ci-après :

Conformément à l'article 4 de l'accord du 3 juillet 2015, les entreprises ont la faculté de mettre en place les options au régime de base avec une adhésion obligatoire.

Les salariés ont la possibilité de souscrire les options à titre individuel, lorsque celles-ci ne sont pas mises en place en adhésion obligatoire.

Régime général d'assurance maladie

Cotisations des salariés relevant du régime général	Base obligatoire	Option 1 en obligatoire	Option 2 en obligatoire
Salarié seul (adhésion obligatoire)	0,96 %	1,11 %	1,26 %
Conjoint (facultatif)	1,11 %	1,27 %	1,45 %
Enfant (facultatif)	0,73 %	0,86 %	1,01 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Cotisations des salariés relevant du régime général	Option 1 en facultatif de la base obligatoire	Option 2 en facultatif de la base obligatoire	Option 2 en facultatif de l'option 1 obligatoire
Salarié seul (adhésion obligatoire)	0,18 %	0,36 %	0,21 %
Conjoint (facultatif)	0,20 %	0,41 %	0,25 %
Enfant (facultatif)	0,16 %	0,34 %	0,20 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Régime local d'assurance maladie d'Alsace/Moselle

Cotisations des salariés relevant du régime local d'Alsace / Moselle	Base obligatoire	Option 1 en obligatoire	Option 2 en obligatoire
Salarié seul (adhésion obligatoire)	0,39 %	0,54 %	0,69 %
Conjoint (facultatif)	0,45 %	0,61 %	0,79 %
Enfant (facultatif)	0,30 %	0,43 %	0,58 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Cotisations des salariés relevant du régime local d'Alsace / Moselle	Option 1 en facultatif de la base obligatoire	Option 2 en facultatif de la base obligatoire	Option 2 en facultatif de l'option 1 obligatoire
Salarié seul (adhésion obligatoire)	0,18 %	0,36 %	0,21 %
Conjoint (facultatif)	0,20 %	0,41 %	0,25 %
Enfant (facultatif)	0,16 %	0,34 %	0,20 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les deux tableaux de cotisation prévus à l'article 8.2 « Maintien à l'identique de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles » : article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi « Évin » élargi au bénéfice des ayants droit de l'accord du 3 juillet 2015 sont remplacés par les tableaux suivant à effet du 1^{er} janvier 2023 :

Cotisations des anciens salariés relevant du régime général	Base	Option 1	Option 2
Ancien salarié et conjoint d'un salarié décédé (1 ^{re} année)	0,96 %	1,11 %	1,26 %
Ancien salarié et conjoint d'un salarié décédé (2 ^e année)	1,20 %	1,38 %	1,57 %
Ancien salarié et conjoint d'un salarié décédé (3 ^e année)	1,44 %	1,66 %	1,89 %
Enfant	0,73 %	0,86 %	1,01 %
Conjoint d'un ancien salarié (hors conjoint du salarié décédé)	1,44 %	1,66 %	1,89 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Cotisations des anciens salariés relevant du régime local d'Alsace / Moselle	Base	Option 1	Option 2
Ancien salarié et conjoint d'un salarié décédé (1 ^{re} année)	0,39 %	0,54 %	0,69 %
Ancien salarié et conjoint d'un salarié décédé (2 ^e année)	0,48 %	0,66 %	0,85 %
Ancien salarié et conjoint d'un salarié décédé (3 ^e année)	0,58 %	0,80 %	1,03 %

Cotisations des anciens salariés relevant du régime local d'Alsace / Moselle	Base	Option 1	Option 2
Enfant	0,30 %	0,43 %	0,58 %
Conjoint d'un ancien salarié (hors conjoint du salarié décédé)	0,58 %	0,80 %	1,03 %

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Article 5 | Maintien de la couverture obligatoire et des couvertures optionnelles en cas de suspension du contrat de travail

Le premier alinéa de l'article 7 de l'accord du 3 juillet 2015 est remplacé comme suit :

« L'adhésion du salarié à la couverture du socle obligatoire et, le cas échéant, à l'une des couvertures optionnelles est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail dès lors qu'il bénéficie pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'indemnités journalières complémentaires, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. »

Article 6 | Degré élevé de solidarité

Il est rappelé que conformément à l'article 9 « Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité » de l'accord du 3 juillet 2015, les entreprises non adhérentes à l'organisme recommandé défini ci-après devront également prévoir la mise en œuvre d'actions de prévention au sein des régimes mis en place à leur niveau.

Article 7 | Organisme assureur recommandé

Le texte de l'article 11 de l'accord du 3 juillet 2015 est remplacé par le texte suivant :

« Article 11 | Organisme assureur recommandé

À l'issue d'une procédure d'appel formalisé à la concurrence telle que prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont choisi de renouveler la recommandation aux entreprises relevant de la branche afin d'adhérer, pour l'assurance et la gestion de la couverture du présent régime "frais de santé", à l'organisme assureur suivant :

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la sécurité sociale, immatriculée sous le numéro Siren 775 691 181 et dont le siège social est situé 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront 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 accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance. »

Article 8 | Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés

En raison de la nature des stipulations qu'il contient et qui présentent un intérêt général de protection et de solidarité, le présent avenant ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entre-

prises de moins de 50 salariés, dont les situations sont, en raison de la démographie des entreprises de la branche, nécessairement prises en compte dans la négociation du présent avenant.

Article 9 | Effet et durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1^{er} janvier 2023, pour les entreprises adhérentes à la partie patronale signataire et à compter du 1^{er} jour du mois suivant la parution au *JO* de l'arrêté d'extension du présent avenant pour toutes les entreprises de la branche.

Le présent avenant pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

Article 10 | Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en nombre suffisant pour être déposé selon les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail et fera l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions des articles L. 2261-15 du code du travail et L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 30 décembre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe I Garanties santé

Les remboursements indiqués * s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale française ** dans la limite des frais engagés.

	BASE CONVENTIONNELLE (si choisi)	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (si choisi)	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (si choisi)
HOSPITALISATION (en établissement conventionné ou non)			
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale (sans limitation de durée)	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière [1] non remboursée par la Ss, y compris maternité			
Par nuitée ou par journée (hospitalisation en ambulatoire)	-	-	2 % PMSS
Lit d'accompagnement [1] non remboursé par la Ss			
Pour les bénéficiaires dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée	-	-	1 % PMSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques coûteux	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Forfait Patient Urgences [2]	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
DENTAIRE auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Soins et prothèses 100 % Santé**** ● dans la limite des HLF	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins autres que 100 % santé			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay/onlay remboursés par la Ss	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Prothèses remboursées par la Ss, autres que 100 % Santé (panier maîtrisé dans la limite des HLF et panier libre)			
Couronnes, bridges et inter de bridges	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlay-core / inlay-core à clavette	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires amovibles	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Prothèses dentaires provisoires	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Réparations sur prothèses	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie			
Remboursée par la Ss - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250 % BR	300 % BR	350 % BR
OPTIQUE [3] - (Équipement = 1 monture + 2 verres)			
Renouvellement par équipement tous les 2 ans à compter du 16 ^e anniversaire (hors situation médicale particulière)			
Équipement optique 100 % Santé**** (Classe A) ● dans la limite des PLV			
Bénéficiaire de 16 ans et plus (monture + 2 verres)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Bénéficiaire de moins de 16 ans (monture + 2 verres)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer

	BASE CONVENTIONNELLE (si choisi)	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (si choisi)	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (si choisi)
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) - (suite)			
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)			
Lunettes adultes et enfants de Classe B composées d'une monture et de 2 verres simples [4]*****	100 €	200 €	300 €
Lunettes adultes et enfants de Classe B composées d'une monture et d'un verre simple et d'un verre complexe (ou très complexe) [4]*****	150 €	300 €	400 €
Lunettes adultes et enfants de Classe B composées d'une monture et de 2 verres complexes (ou très complexes) [4]*****	200 €	400 €	500 €
Prestations supplémentaires (équipements classe A ou B)			
Prestation d'adaptation (verres classe A ou B)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles			
Lentilles prescrites remboursées par la Ss - par an et par bénéficiaire	100 % BR+100 €	100 % BR+130 €	100 % BR+150 €
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Ss - par an et par bénéficiaire	100 €	130 €	150 €
AIDES AUDITIVES OU ÉQUIPEMENT par oreille			
La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans			
Équipement 100 % Santé***** (Classe I) ● dans la limite des PLV			
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité*****	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Équipement autre que 100 % Santé (Classe II)			
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement Ss (au-delà, prise en charge du ticket modérateur)	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité*****	122 % BR	122 % BR	122 % BR
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	200 % BR	300 % BR	425 % BR
Entretien / réparation / piles et autres consommables	200 % BR	300 % BR	450 % BR
SOINS MÉDICAUX COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Honoraires médicaux : consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste ou un spécialiste			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques coûteux	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Actes d'imagerie médicale			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	125 % BR	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée***	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	BASE CONVENTIONNELLE (si choisi)	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 (si choisi)	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 (si choisi)
SOINS MÉDICAUX COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non - (suite)			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical : appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	200 % BR	350 % BR
Frais de transport sanitaire - Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR [5]	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dispositif MonPSY [6]	inclus	inclus	inclus
Services (voir dispositions contractuelles)	oui	oui	oui

Ss : Sécurité sociale. BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. DE : Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. PLV : Prix limite de Vente. HLF : Honoraire Limite de Facturation.

(*) La grille sera adaptée pour ce qui est du régime local sans modifications des niveaux de remboursements présents dans le tableau à l'exception du forfait journalier hospitalier en hôpital ou clinique qui est remboursé à hauteur de 20 euros [valeur 2021] et en établissement psychiatrique à hauteur de 15 euros [valeur 2021]. (**) Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Les prestations forfaitaires sont remboursées dans la limite des frais réellement acquittés par l'assuré. (***) 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 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. (*****) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale. (*****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction.

[1] 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. [2] Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. [3] 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. La période d'un 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. [4] Voir définitions des verres ci-après. [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] Accompagnement psychologique par un psychologue partenaire dans la limite de 8 séances par bénéficiaire et par an (les tarifs sont de 40€ pour l'entretien d'évaluation et de 30€ pour les séances de suivi).

DÉFINITIONS DES VERRES [4]

Verre simple

- unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est <= + 4,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est <= 6,00 dioptries.

Verre complexe

- unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est > + 4,00 dioptries,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est >= 0,25 dioptrie,
- unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est > 6,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est <= + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est <= 8,00 dioptries.

Verre très complexe

- multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est > + 4,00 dioptries,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est >= 0,25 dioptrie,
- multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est > 8,00 dioptries.