

Accord Interbranche du 02 octobre 2019

RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTEES ET HANDICAPEES DU 15 MARS 1966

à laquelle est rattachée la convention collective nationale des médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'ordre travaillant dans des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 1^{er} mars 1979

ET

LES ACCORDS COLLECTIFS DE CENTRES D'HEBERGEMENT ET DE REINSERTION SOCIALE

ENTRE

NEXEM

14 rue de la Tombe-Issoire - 75014 PARIS

D'une part,

ET

FEDERATION DES SERVICES DE SANTE ET SOCIAUX (CFDT)

47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 PARIS CEDEX 19

FEDERATION DES SYNDICATS SANTE ET SOCIAUX (CFTC)

34 quai de la Loire 75019 PARIS

FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE (CGT)

Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX

FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE (CGT-FO)

7 passage Tenaille - 75014 PARIS

FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (SUD)

70, rue Philippe-de-Girard - 75018 Paris

D'autre part,

AS
BV

Préambule

Les partenaires sociaux :

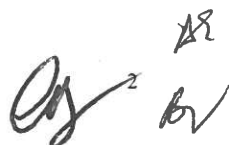
- de la Convention Collective Nationale de Travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966 (IDCC 0413) à laquelle est rattachée la CCN des médecins spécialistes qualifiés, par arrêté du 16 novembre 2018 relatif à la fusion des champs conventionnels publié au Journal Officiel du 27 novembre 2018,
- des Accords Collectifs des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (IDCC 0783),

ont décidé la création d'un régime de complémentaire santé mutualisé offrant un cadre commun et des garanties harmonisées pour l'ensemble des salariés et des entreprises appliquant ces deux conventions. Dans ce cadre, le présent accord interbranche est conclu avec les partenaires sociaux de ces deux conventions.

Forts des régimes existants dans les deux champs précités, 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 interbranche 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.

Compte tenu des résultats antérieurs du régime de complémentaire santé des Accords Collectifs CHRS et des contraintes budgétaires fortes de ce secteur, les partenaires sociaux conviennent d'adapter la cotisation de la base déterminée dans le présent accord interbranche. L'objectif poursuivi est de permettre une montée en charge progressive de la cotisation mutualisée pour les entreprises et les salariés de ce champ. 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 – Objet

Le présent accord interbranche a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1 du présent accord, 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 7 organismes assureurs (visés à l'article 3.7 du présent accord), 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 - Champ d'application

Le présent accord s'applique aux salariés et aux entreprises relevant du champ d'application professionnel :

- De la convention collective du 15 mars 1966 (convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées – IDCC 0413) à laquelle est rattachée la convention collective nationale du 1er mars 1979 (médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'ordre travaillant dans des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées – IDCC 1001)
- et du champ d'application professionnel
- Des Accords Collectifs applicables aux Centres d'hébergement et De Réinsertion Sociale (CHRS – IDCC 0783).

Les dispositions du présent accord se substituent aux dispositions des conventions précitées, ayant le même objet à savoir :

- Pour la convention collective du 15 mars 1966 à laquelle est rattachée la convention collective nationale du 1er mars 1979, l'article 43 Régime de complémentaire santé, qui se trouve donc remplacé par les dispositions du présent accord.
- Pour les Accords Collectifs CHRS, l'article 7.2 Complémentaire frais de santé qui se trouve donc remplacé par les dispositions du présent accord.

 3 

Article 3 - Mise en place du régime de complémentaire santé interbranche

Article 3.1 – Adhésion du salarié

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 3.1 3) ci-après.

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 un 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.

Ces salariés pourront toutefois 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.

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

CS
bv

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 trois 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 au paragraphe 2) de l'article 3.5 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) 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 valoir que jusqu'à échéance du contrat individuel. A l'échéance du contrat, ce dernier sera affilié de manière obligatoire au présent régime.

AS⁵ BV^{AL}

- 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 issus 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 3.2 « 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 3.2 – 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 (article 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.

AL.
BV

Article 3.3 – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

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 douze 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.

2) Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi dite « Evin »

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », 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 six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six 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 douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six 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 Evin » incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Dans le cadre du régime mutualisé, les cotisations des bénéficiaires de l'article 4 de la « Loi Evin » sont plafonnées à 150 % du montant de la cotisation de la couverture dont ils bénéficiaient à compter de la 4^{ème} année. Ce plafonnement pourra être revu annuellement au regard de l'équilibre du régime mutualisé.

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

Signature

Article 3.4 – Financement

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 droits, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

2) Répartition des cotisations

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

3) Assiette de la cotisation

Dans le cadre de la mutualisation par recommandation d'organismes assureurs définie par le présent accord, 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 3.7 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)	0,74 % PMSS	0,74% PMSS	1,48 % PMSS

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

	Contribution salariale	Contribution patronale	Cotisation globale
Salarié isolé (obligatoire)	0,445 % PMSS	0,445 % PMSS	0,89 % PMSS

Ces taux sont définis pour une période d'un an à compter du 1^{er} janvier 2020.



A titre informatif, les tableaux des garanties et des taux de cotisation pour les régimes facultatifs sont joints 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 de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire du salarié (le cas échéant de ses ayants droits) mise en place par l'entreprise.

4) Taux d'appel de la cotisation dans le cadre du régime mutualisé

Il est convenu dans le cadre du présent accord d'appliquer un taux d'appel sur la cotisation de la « base conventionnelle » du régime mutualisé définie à l'article 3.4 3) pour les entreprises et les salariés relevant du champ d'application des Accords Collectifs CHRS à la date de signature du présent accord.

Ce taux d'appel est fixé à **90 %** pour l'année 2020. Il pourra être revu annuellement par la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) en fonction des résultats du régime mutualisé jusqu'à extinction des fonds issus de la réserve générale antérieure.

Article 3.5 – Prestations

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, appelée « base conventionnelle », 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 de la « base conventionnelle », acte par acte.

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 % de la cotisation applicable au salarié isolé pour le niveau de garantie correspondant à la base obligatoire du présent accord interbranche.

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

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 « Evin ». Ces bénéficiaires doivent être couverts au titre du présent régime.

La Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation ou CPPNI décide par accord :

- des actions de prévention susceptibles de bénéficier d'une prise en charge par le HDS,
- de l'action sociale dédiée aux bénéficiaires définis ci-dessus,
- ou de la prise en charge de la cotisation pour certains salariés,
- de l'évolution de ces actions au cours de la vie du régime.

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 financements sont attribués sur décision de la commission chargée du suivi du régime selon la date de dépôt de la demande.

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.

Conformément à l'article L 912-1 IV du code de la sécurité sociale, la Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation décide d'engager une négociation pour la désignation d'un organisme gestionnaire unique pour assurer la mise en œuvre concrète des actions du Haut Degré de Solidarité conventionnel au 1^{er} janvier 2021. Ces actions auront notamment pour objectif d'assurer une prise en charge totale ou partielle des cotisations de certains salariés dont les apprentis dans le respect de l'article R 912-2 du code de la sécurité sociale.


Article 3.6 – Suivi du régime de complémentaire santé mutualisé

La Commission Paritaire Permanente de Négociation et d'Interprétation (CPPNI) délègue à une Commission Nationale Paritaire Technique de Prévoyance, 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 à l'article 3.5 2) du 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.

Par ailleurs, les Commissions Nationales Paritaires Techniques de Prévoyance de la CCNT du 15 mars 1966 et des Accords Collectifs CHRS continueront d'exercer leurs attributions pour l'année 2020 compte tenu de l'étude des comptes pour l'année 2019.

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.

 10
AR 1
BV

Article 3.7 – 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 :

- **le groupement de co-assurance AESIO / Malakoff Médéric Prévoyance :**
 - o **Groupe AESIO**
Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du livre I du Code de la Mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°821 965 241 dont Adréa Mutuelle, Apréva Mutuelle et Eovi-Mcd Mutuelle sont membres. Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n°16006968. Siège social : 25 place de la Madeleine. 75008 Paris
 - o **Malakoff Médéric Prévoyance**
Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris.
- **AG2R Prévoyance** : Institution de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale, dont le numéro de SIREN est le 333 232 270, dont le siège social est le 104-110 boulevard Haussmann 75008 Paris.
- **Mutuelle Intégrance**,
Mutuelle du Groupe APICIL, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900, siège social sis 89 rue Damrémont, 75882 Paris Cedex 18.
La gestion est assurée par APICIL Mutuelle, Mutuelle du Groupe APICIL - Siège social : 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire
- **Mutuelle Ociane Matmut**
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°434 243 085 - Siège social : 35 rue Claude BONNIER – 33054 BORDEAUX Cedex
- **Le groupement de co-assurance mutualiste Harmonie Mutuelle / MGEN :**
 - o **Harmonie Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège social : 143 rue Blomet, 75015 PARIS
 - o **MGEN**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399 – Siège social : 3 square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de co-assurance.

Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution au Groupe VYV pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué. Groupe VYV, Union mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du code de la mutualité. Immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 532 661 832 – Siège social : 33 avenue du Maine - BP25 - 75755 Paris Cedex 15.

11
AS
BV

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 3.8 – Gestion des régimes d'entreprise hors mutualisation et dialogue social

Dans le cadre d'une gestion paritaire du régime mutualisé de complémentaire santé, les entreprises n'ayant pas souscrit un contrat dans le cadre de la recommandation définie au présent accord doivent :

- fournir les comptes de résultats annuels du régime en vigueur dans l'entreprise les porter à la consultation du CSE. L'établissement de ces comptes de résultats relevant d'une obligation de l'organisme assureur au titre de l'article 15 de la Loi du 31 décembre 1989 dont le contenu est précisé dans le décret n°90-769 du 30 août 1990.
- s'assurer de la gestion paritaire du fonds de solidarité en vigueur dans l'entreprise au titre de l'article 3.5.2 selon des modalités définies dans le cadre du dialogue social de l'entreprise.

Article 4 – 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 3.7 dans le respect de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale.

Le présent accord est entendu par les parties comme un ensemble indivisible de sorte que son entrée en vigueur est subordonnée au fait qu'il soit valablement conclu et applicable dans les deux environnements conventionnels susmentionnés.

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.

Il fera l'objet des formalités obligatoires prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 02 octobre 2019

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left, the number '12' in the middle, and initials 'bv' on the right.

**Pour la Convention Collective Nationale de Travail du 15 mars 1966 à laquelle est rattachée
la Convention Collective Nationale du 1^{er} mars 1979**

**ORGANISATIONS SYNDICALES
DE SALARIES**

LA FEDERATION NATIONALE DES SERVICES
SANTE ET SERVICES SOCIAUX (CFDT)



LA FEDERATION DES SYNDICATS SANTE SOCIAUX
(CFTC)



LA FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE
(CGT)

LA FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE
(CGT-FO)

LA FEDERATION NATIONALE SUD SANTE SOCIAUX (SUD)

**ORGANISATION PROFESSIONNELLE
D'EMPLOYEURS**

NEXEM



Pour les Accords Collectifs CHRS

ORGANISATIONS SYNDICALES DE SALARIES

LA FEDERATION NATIONALE DES SERVICES
SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (CFDT)



LA FEDERATION DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE
(CGT)

LA FEDERATION NATIONALE DE L'ACTION SOCIALE
(CGT-FO)

LA FEDERATION NATIONALE SUD SANTÉ SOCIAUX (SUD)

ORGANISATION PROFESSIONNELLE D'EMPLOYEURS

NEXEM



Annexe 1 – Garanties collectives « frais de santé » pour le régime de la base conventionnelle

Garanties conventionnelles remboursements de la Sécurité Sociale inclus		BASE*
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		200%BR
Honoraires (signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)) :		
Actes de chirurgie (ADC)		220% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes d'obstétrique (ACO)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Honoraires (non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)) :		
Actes de chirurgie (ADC)		200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes d'obstétrique (ACO)		
Actes techniques médicaux (ATM)		
Forfait Hospitalier		100% FR
Forfait actes lourds		100% FR
Chambre particulière par jour :		100% FR
Conventionnée de nuit		limité à 2% PMSS
Conventionnée de jour		limité à 1% du PMSS
Personne accompagnante :		100% FR limité à 1,5% PMSS
Conventionnée		
FRAIS MEDICAUX		
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non de l'OPTAM (1)		100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)		220 % BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)		200 %BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)		25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie		100% BR
Analyses et examens de biologie		100% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)		170% BR

Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	150% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	150 %BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	130 %BR		
Orthopédie et autres prothèses remboursées par la Ss	200% BR		
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**	Classe 1	Classe 2	
	100% PLV (2)	20% pmss par oreille	
Transport remboursé par la Ss	100% BR		
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR		
Inlays/onlays	100% BR		
Orthodontie remboursée par la Ss	300%BR		
Orthodontie non remboursée par la Ss	250% BRR		
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss	7% PMSS / an		
Implantologie	20 % PMSS / an		
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% du PLV (2)	250%BR	900 € par an et par bénéficiaire (3)
	selon matériau et position de la dent	220%BR	
		150% BR	
Dents de fond de bouche			125% BR
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)			
OPTIQUE (5)			
Verres**	Classe A	Classe B	
Monture adulte**	100% du PLV (2)		Grille Base
Monture enfant**			
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)		3% PMSS	
Chirurgie réfractive		22% PMSS	
ACTES DE PREVENTION			
Tous les actes des contrats responsables			100% BR

ACTES DIVERS

Cures thermales acceptées par la Ss

100% BR

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.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* 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 devront 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 RACO, limite à 900 € 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 du sourire : Ce sont les Incisives – 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.

Grille Optique (Sécurité sociale incluse)	Base	
	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX		
sphère de 0 à -/+2	100% PLV (*)	35,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	40,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	55,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		120,00 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS		
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	75,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	90,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	115,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €
cylindre > +4 sphère > -8		170,00 €
MONTURES ET AUTRES LPP		
Verre neutre	100% PLV	35,00 €
Monture		100,00 €
Supplément monture Enfant de moins de 6 ans		-
SUPPLEMENTS		
Prisme incorporé adulte	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		
Adaptation verres de classe B		-
Appairage niveau 1	100% BR	
Appairage niveau 2		
Appairage niveau 3		

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

S = Cylindre + Sphère

Annexe 2 – Garanties collectives « frais de santé » pour les options facultatives dans le cadre du régime mutualisé

Garanties conventionnelles remboursements de la Sécurité sociale inclus	OPTION 1*
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	200%BR
Honoraires (signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)) :	
Actes de chirurgie (ADC)	220% BR
Actes d'anesthésie (ADA)	
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Honoraires (non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)) :	
Actes de chirurgie (ADC)	200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)	
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Forfait Hospitalier	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR
Chambre particulière par jour :	100% FR
Conventionnée de nuit	limité à 2% PMSS
Conventionnée de jour	limité à 1% PMSS
Personne accompagnante :	100% FR
Conventionnée	limité à 1,5% PMSS
FRAIS MEDICAUX	
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non de l'OPTAM (1)	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	200%BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR
Analyses et examens de biologie	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	170% BR

Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	150% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	150%BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	130%BR	
Orthopédie et autres prothèses remboursées par la Ss	200% BR	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**	Classe 1	Classe 2
	100% PLV (2)	20% du pmss par oreille
Transport remboursé par la Ss	100% BR	
DENTAIRE		
Soins dentaires	100% BR	
Inlays/onlays	100% BR	
Orthodontie remboursée par la Ss	300%BR	
Orthodontie non remboursée par la Ss	250% BRR	
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss	7% PMSS / an	
Implantologie	22% PMSS / an	
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé et Panier libre
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% du PLV (2) selon matériau et position de la dent	Dans la limite de 1 050 € par an et par bénéficiaire (3)
Dents de fond de bouche		
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)		
OPTIQUE (5)		
Verres**	Classe A	Classe B
Monture adulte**	100% du PLV (2)	Grille Option 1
Monture enfant**		
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS	

Chirurgie réfractive	
ACTES DE PREVENTION	
Tous les actes des contrats responsables	22% PMSS
ACTES DIVERS	
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR
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.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* 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 devront 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 RACO, limite à 900 € 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 du sourire : Ce sont les Incisives – 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.

Garanties conventionnelles remboursements de la Sécurité sociale inclus	OPTION 2*
HOSPITALISATION	
Frais de séjour	200%BR
Honoraires (signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)) :	
Actes de chirurgie (ADC)	300% BR
Actes d'anesthésie (ADA)	
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Honoraires (non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)) :	
Actes de chirurgie (ADC)	200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)	
Actes d'obstétrique (ACO)	
Actes techniques médicaux (ATM)	
Forfait Hospitalier	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR
Chambre particulière par jour : Conventionnée de nuit Conventionnée de jour	100% FR limité à 3% PMSS limité à 1,5% PMSS
Personne accompagnante : Conventionnée	100% FR limité à 3% PMSS
FRAIS MEDICAUX	
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non de l'OPTAM (1)	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	200% BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue)	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR
Analyses et examens de biologie	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR

Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	170% BR		
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	150% BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	170%BR		
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires OPTAM(1)/OPTAM-CO(1)	150% BR		
Orthopédie et autres prothèses remboursées par la Ss	200% BR		
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**	Classe 1	Classe 2	
	100% PLV (2)	1 700 €	
Transport remboursé par la Ss	100% BR		
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR		
Inlays/onlays	100% BR		
Orthodontie remboursée par la Ss	350% BR		
Orthodontie non remboursée par la Ss	250% BRR		
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss	10% PMSS / an		
Implantologie	25% PMSS / an		
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :	Panier 100% santé	Panier maîtrisé et Panier libres	
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	100% du PLV (2) selon matériau et position de la dent	450% BR	Dans la limite de 1 450 € par an et par bénéficiaire (3)
		350% BR	
		200% BR	
Dents de fond de bouche			
Inlays-core (dans la limite des PLV fixés)			
OPTIQUE (5)			
Verres**	Classe A		Classe B
Monture adulte**	100% du PLV (2)		Grille Option 2
Monture enfant**			

Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	6,5% PMSS
Chirurgie réfractive	25% PMSS
ACTES DE PREVENTION	
Tous les actes des contrats responsables	100% BR
ACTES DIVERS	
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR

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.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* 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 devront 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 RACO, limite à 900 € 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 du sourire : Ce sont les Incisives – 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)	Option 1		Option 2			
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B		
UNIFOCAUX						
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	75,00 €	100% PLV	90,00 €		
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		75,00 €		90,00 €		
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		100,00 €		
sphère < -8 ou > +8		125,00 €		130,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	85,00 €	100% PLV	100,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		85,00 €		100,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		95,00 €		110,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		110,00 €		120,00 €		
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	135,00 €	100% PLV	140,00 €		
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		135,00 €		140,00 €		
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		140,00 €		150,00 €		
cylindre > +4 sphère > -8		150,00 €		160,00 €		
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS						
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	160,00 €	100% PLV	180,00 €		
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		160,00 €		180,00 €		
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		175,00 €		200,00 €		
sphère < -8 ou > +8		175,00 €		200,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	180,00 €	100% PLV	210,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		180,00 €		210,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		190,00 €		220,00 €		
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S		200,00 €		230,00 €		
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	180,00 €	100% PLV	210,00 €		
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		180,00 €		210,00 €		
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		190,00 €		220,00 €		
cylindre > +4 sphère > -8		200,00 €		230,00 €		
MONTURES ET AUTRES LPP						
Verre neutre	100% PLV	75,00 €	100% PLV	90,00 €		
Monture		100,00 €		100,00 €		
Supplément monture Enfant de moins de 6 ans		-		-		
SUPPLEMENTS						
Prisme incorporé adulte	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						
Adaptation verres de classe B					10 € par adaptation	10 € par adaptation
Appairage niveau 1					100% BR	
Appairage niveau 2						
Appairage niveau 3						

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

S = Cylindre + Sphère

Annexe 3 – Tableau récapitulatif des cotisations du régime mutualisé

Lorsque le salarié fait le choix de couvrir ses ayants-droit, il décide de l'extension des garanties qui lui sont applicables. Ainsi il ne peut choisir des niveaux de garantie différents en fonction de l'ayant-droit couvert.

Pour la lecture du tableau ci-dessous, il convient d'additionner les taux de cotisation en fonction du niveau de garantie obligatoire dans l'entreprise et du nombre de personnes couvertes. La cotisation des enfants est gratuite à compter du 3^{ème} enfant.

Les cotisations sont exprimées en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

A titre informatif, il est fixé à 3424 euros pour 2020.

	obligatoire	Salarié	Conjoint	Enfant
	facultatif			
REGIME GENERAL (RG)	[base]	1,48%	1,61%	0,73%
	option 1	0,35%	0,35%	0,18%
	option 2	0,74%	0,74%	0,36%
	[base + option 1]	1,80%	1,93%	0,89%
	option 2	0,39%	0,39%	0,18%
	[base + option 2]	2,15%	2,28%	1,06%
REGIME LOCAL Alsace Moselle (RL)	[base]	0,89%	0,97%	0,44%
	option 1	0,35%	0,35%	0,18%
	option 2	0,74%	0,74%	0,36%
	[base + option 1]	1,21%	1,29%	0,60%
	option 2	0,39%	0,39%	0,18%
	[base + option 2]	1,56%	1,64%	0,77%