

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 24 décembre 2014 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (JORF n° 0301 du 30 décembre 2014)

NOR : AFSA1431073A

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200;
Vu les avis de la Commission nationale d'agrément mentionnée à l'article R. 314-198 en date du 23 décembre 2014;
Vu les notifications en date du 23 décembre 2014,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Sont agréés, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française, les accords collectifs de travail et décisions suivants :

I. – Convention collective du 15 mars 1966.

Avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé.

II. – Accords collectifs CHRS du SYNEAS.

Protocole 155 du 4 juillet 2014 relatif au régime collectif de complémentaire santé.

Art. 2. – La directrice générale de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 24 décembre 2014.

Pour la ministre et par délégation :
*La cheffe de service
adjointe à la directrice générale
de la cohésion sociale,*
V. MAGNANT

Nota. – Le texte de l'accord cité à l'article 1^{er} (I et II) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 01/15 disponible sur les sites intranet et internet du ministère de la santé et des sports.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966

Avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014
Régime collectif de complémentaire santé

Entre :

La Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI), 14, rue de la Tombe-Issoire, 75014 Paris,

Le Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS), 3, rue au Maire, 75003 Paris,

D'une part,

Et

La Fédération des services de santé et sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19,

La Fédération des syndicats santé et sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris;

La Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

La Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT), case 538, 93515 Montreuil Cedex;

La Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris;

La Fédération nationale SUD santé sociaux (SUD), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris,

D'autre part,

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national de complémentaire santé.

Conscients de la nécessité de bénéficier d'une couverture complémentaire santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, à la suite d'une procédure de mise en concurrence, avec les organismes assureurs recommandés, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour les salariés relevant de la convention collective du 15 mars 1966.

Les partenaires sociaux ont également eu à l'esprit la nécessité, pour les salariés, comme pour les entreprises :

- de bénéficier d'un régime mutualisé;
- de permettre la pérennité d'un régime de complémentaire santé;
- et de prévoir le mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui complète les dispositions permanentes de la convention collective nationale du 15 mars 1966 par la création d'un article 43 intitulé « régime de complémentaire santé », reprenant les articles 1 à 4 du présent avenant.

Le présent avenant prévoit un régime de base conventionnel qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables passés ou futurs.

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 3.1, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant cinq organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire santé.

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

Article 2

Champ d'application

Le présent avenant s'applique 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).

Il s'applique aux salariés de la convention collective du 15 mars 1966 visés à l'article 3.

Article 3

Mise en place d'un régime de complémentaire santé

Article 3.1

Adhésion du salarié

1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage, ayant une ancienneté au sein de l'entreprise d'au moins trois mois.

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, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle).

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 acquitter sa propre part de cotisations.

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde (notamment 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.

Les 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.

Les salariés concernés pourront néanmoins bénéficier d'une prise en charge éventuelle de la cotisation susvisée dans le cadre des mesures d'action sociale mises en place au titre du 2 de l'article 3.4 du présent avenant.

3. Caractère obligatoire de l'adhésion

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

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

a) Les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis sous contrat à durée déterminée, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

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. L'intervention du fonds d'action sociale, prévue au paragraphe 2 de l'article 3.4, pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD et les apprentis et pour les salariés à temps partiel dans les trente jours suivant la date d'embauche. À défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

c) Les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les trente jours suivant leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties prévues par le présent avenant ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de trente jours suivant leur embauche ou la mise en place du présent régime, accompagné des justificatifs requis. À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

e) Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les trente jours suivant la date d'embauche. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

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 ;
- en cas de formalisation de leur régime par décision unilatérale, la mise en œuvre du caractère obligatoire de l'adhésion et des dispenses s'entend sans préjudice de l'application, aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Ce dernier article fait obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

Article 3.2

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 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 éventuelles 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 Évin

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

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 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 Évin incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

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

Article 3.3

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) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

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

2. Assiette de la cotisation

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 2014, à 3 129 €. Il est modifié par voie réglementaire.

3. Taux et répartition des cotisations

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

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

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

| | COTISATION SALARIALE | COTISATION PATRONALE | COTISATION GLOBALE |
|---|----------------------|----------------------|--------------------|
| Salarié isolé (obligatoire) | 0,74 % du PMSS | 0,74 % du PMSS | 1,48 % du PMSS |
| Par enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^e enfant) | 0,73 % du PMSS | – | 0,73 % du PMSS |
| Conjoint (facultatif) | 1,61 % du PMSS | – | 1,61 % du PMSS |

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

| | COTISATION SALARIALE | COTISATION PATRONALE | COTISATION GLOBALE |
|---|----------------------|----------------------|--------------------|
| Salarié isolé (obligatoire) | 0,52 % du PMSS | 0,52 % du PMSS | 1,04 % du PMSS |
| Par enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^e enfant) | 0,51 % du PMSS | – | 0,51 % du PMSS |
| Conjoint (facultatif) | 1,13 % du PMSS | – | 1,13 % du PMSS |

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 et le cas échéant de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

Article 3.4

Prestations

1. Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

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

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

2. Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'action sociale définies par une liste établie par la Commission nationale paritaire de négociation.

Article 3.5

Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission nationale paritaire technique de prévoyance, par délégation de la Commission nationale paritaire de négociation, dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la CCNT 66.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, le tableau de garanties et/ou la cotisation pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la CNPN.

Article 3.6

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 la convention collective, les organismes assureurs suivants :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, membre d'AG2R LA MONDIALE, double agrément du ministère du travail et du ministère de l'agriculture (numéro d'agrément ministère 942), 35, boulevard Brune, 75680 Paris Cedex 14.
- le groupement de coassurance mutualiste composé de :
 - CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 621 419. Siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
 - ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 311 799 878. Siège social : 104, avenue Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
 - APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 627 391. Siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
 - EOVİ MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 317 442 176. Siège social : 25, route de Monfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
 - HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
 - OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 434 243 085. Siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.
- KLESIA, institution de prévoyance créée dans le cadre des dispositions de l'article L. 931-1 du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale et autres dispositions subséquentes, 4, rue Marie-Georges-Picquart, 75017 Paris ;
- MALAKOFF-MEDERIC, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et autorisée par arrêtés ministériels des 8 avril 1938 et 4 août 1947, 21, rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 9 ;
- MUTUELLE INTÉGRANCE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 340 359 900. Siège social : 89, rue Damrémont, 75882 Paris Cedex 18.

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 cinq ans à compter de la date d'effet du présent avenant. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard six 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 deux mois avant l'échéance.

Les négociateurs du présent avenant souhaitent favoriser, au sein de l'entreprise, un choix paritaire de l'organisme assureur.

Article 4

Effet et durée

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2015 sous réserve de son agrément ministériel, conformément à l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

En tout état de cause, les entreprises disposeront d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations prévues par le présent avenant.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Fait à Paris, le 1^{er} septembre 2014.

Organisations syndicales de salariés

La Fédération nationale des services
santé et services sociaux (CFDT)

SIGNÉ

La Fédération des syndicats santé
et services sociaux (CFTC)

SIGNÉ

La Fédération de la santé
et de l'action sociale (CGT)

SIGNÉ

La Fédération nationale de l'action
sociale (CGT-FO)

NON SIGNATAIRE

La Fédération française de la santé,
de la médecine et de l'action sociale
(CFE-CGC)

SIGNÉ

La Fédération nationale SUD santé
sociaux (SUD)

NON SIGNATAIRE

Organisations syndicales d'employeurs

La Fédération nationale des associations
gestionnaires au service des personnes
handicapées et fragiles (FEGAPEI)

SIGNÉ

Le syndicat des employeurs associatifs
de l'action sociale et santé (SYNEAS)

SIGNÉ

ANNEXE

GARANTIES COLLECTIVES « FRAIS DE SANTÉ »

| TABLEAU DE GARANTIES CCN66 | |
|--|---|
| Remboursement total dans la limite des frais réels inclus remboursement sécurité sociale (sauf pour les forfaits) | |
| GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES | Base |
| FRAIS D'HOSPITALISATION | |
| Chirurgie - hospitalisation Conventionné | 200 % BR |
| Forfait hospitalier | 100 % FR |
| Chambre particulière par jour | 100 % FR |
| Conventionné | Limité à 2 % PMSS |
| Personne accompagnante | 100 % FR |
| Conventionné | Limité à 1,5 % PMSS |
| FRAIS MÉDICAUX | |
| Consultation - visites : généralistes | 100 % BR |
| Consultation - visites : spécialistes | 180 % BR |
| Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien) | Aucun |
| Pharmacie | 100 % BR |
| Analyses | 100 % BR |
| Auxiliaires médicaux | 100 % BR |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) | 150 % BR |
| Radiologie | 125 % BR |
| Orthopédie et autres prothèses | 200 % BR |
| Prothèses auditives | 20 % PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an) |
| Transport accepté par la SS | 100 % BR |
| DENTAIRE | |
| Soins dentaires | 100 % BR |
| Orthodontie: Acceptée par la SS Refusée par la SS | 300 % BR 250 % BR |
| Prothèses dentaires: 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire et, au-delà, la garantie au panier de soins | |
| Remboursées par la SS: dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) | 250 % BR |
| Remboursées par la SS: dents de fond de bouche | 220 % BR |
| Inlays-core | 150 % BR |
| Prothèses dentaires non remboursées par la SS | 7 % PMSS |
| Implantologie | 20 % PMSS |
| Frais d'optique, pour les mineurs: verres + monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans Pour les adultes: verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire (*) et lentilles tous les ans par bénéficiaire | |
| Verres | Grille optique |
| Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables) | 3 % PMSS |
| Chirurgie réfractive | 22 % PMSS |
| Monture adulte | Grille optique |
| Monture enfant | Grille optique |
| ACTES DE PRÉVENTION | |
| Tous les actes des contrats responsables | 100 % TM |
| ACTES DIVERS | |
| Cures thermales acceptées par la SS | 100 % BR |

(*) En cas d'évolution de la vue, la période est réduite à un an.

Grille optique: pour les verres, les remboursements sont exprimés par verre

| Type de verre | ENFANTS < 18 ANS | | | | ADULTES | | | |
|---|---|--------------|---------|----------|---|--------------|---------|----------|
| | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. |
| Verres simple foyer, sphériques | | | | | | | | |
| Sphère de - 6 à + 6 | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 7,22 € | 55,00 € | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 1,37 € | 75,00 € |
| Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10 | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 16,01 € | 75,00 € | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 2,47 € | 100,00 € |
| Sphère < - 10 ou > + 10 | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 26,98 € | 95,00 € | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 4,57 € | 125,00 € |
| Verres simple foyer, sphéro-cylindriques | | | | | | | | |
| Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6 | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 8,96 € | 65,00 € | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 2,20 € | 85,00 € |
| Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 21,77 € | 85,00 € | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 4,12 € | 110,00 € |
| Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6 | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 16,74 € | 105,00 € | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 3,75 € | 135,00 € |
| Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6 | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 27,90 € | 125,00 € | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 5,67 € | 150,00 € |
| Verres multifocaux ou progressifs sphériques | | | | | | | | |
| Sphère de - 4 à + 4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 23,51 € | 115,00 € | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 4,39 € | 160,00 € |
| Sphère < - 4 ou > + 4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 25,98 € | 135,00 € | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 6,49 € | 175,00 € |
| Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques | | | | | | | | |
| Sphère de - 8 à + 8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 26,16 € | 145,00 € | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 6,22 € | 180,00 € |
| Sphère < - 8 ou > + 8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 39,97 € | 165,00 € | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 14,72 € | 200,00 € |
| Monture | 2210546 | 30,49 € | 18,29 € | 90,00 € | 2223342 | 2,84 € | 1,70 € | 130,00 € |

Régimes optionnels

| TABLEAU DE GARANTIES CCN66 | | | |
|--|--|--|--|
| Remboursement total dans la limite des frais réels inclus remboursement sécurité sociale (sauf pour les forfaits) | | | |
| Garanties bases conventionnelles | Base | Base + option 1 | BASE + option 2 |
| FRAIS D'HOSPITALISATION | | | |
| Chirurgie - hospitalisation Conventionné | 200 % BR | 200 % BR | 300 % BR |
| Forfait hospitalier | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Chambre particulière par jour | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Conventionné | Limité à 2 % PMSS | Limité à 2 % PMSS | Limité à 3 % PMSS |
| Personne accompagnante | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Conventionné | Limité à 1,5 % PMSS | Limité à 1,5 % PMSS | Limité à 3 % PMSS |
| FRAIS MÉDICAUX | | | |
| Consultation - visites : généralistes | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Consultation - visites : spécialistes | 180 % BR | 180 % BR | 200 % BR |
| Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien) | Aucun | 25 €/séance dans la limite de 4 séances par an/ bénéficiaire | 25 €/séance dans la limite de 4 séances par an/ bénéficiaire |
| Pharmacie | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Analyses | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Auxiliaires médicaux | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) | 150 % BR | 150 % BR | 150 % BR |
| Radiologie | 125 % BR | 125 % BR | 150 % BR |
| Orthopédie et autres prothèses | 200 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Prothèses auditives | 20 % PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an) | 20 % PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an) | 45 % PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an) |
| Transport accepté par la SS | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| DENTAIRE | | | |
| Soins dentaires | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Orthodontie: Acceptée par la SS Refusée par la SS | 300 % BR 250 % BR | 300 % BR 250 % BR | 350 % BR 250 % BR |
| Prothèses dentaires: 3 prothèses maximum par an et par bénéficiaire et, au-delà, la garantie au panier de soins | | | |
| Remboursées par la SS: dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) | 250 % BR | 325 % BR | 450 % BR |
| Remboursées par la SS: dents de fond de bouche | 220 % BR | 250 % BR | 350 % BR |
| Inlays-core | 150 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Prothèses dentaires non remboursées par la SS | 7 % PMSS | 7 % PMSS | 10 % PMSS |
| Implantologie | 20 % PMSS | 22 % PMSS | 25 % PMSS |
| Frais d'optique: pour les mineurs: verres + monture et lentilles, par bénéficiaire tous les ans; pour les adultes: verres + monture tous les 2 ans par bénéficiaire (*) et lentilles tous les ans par bénéficiaire | | | |
| Verres | Grille optique 1 | Grille optique 1 | Grille optique 2 |
| Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables) | 3 % PMSS | 3 % PMSS | 6,5 % PMSS |
| Chirurgie réfractive | 22 % PMSS | 22 % PMSS | 25 % PMSS |
| Monture adulte | Grille optique 1 | Grille optique 1 | Grille optique 2 |
| Monture enfant | Grille optique 1 | Grille optique 1 | Grille optique 2 |
| ACTES DE PRÉVENTION | | | |
| Tous les actes des contrats responsables | 100 % TM | 100 % TM | 100 % TM |
| ACTES DIVERS | | | |
| Cures thermales acceptées par la SS | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| (*) En cas d'évolution de la vue, la période est réduite à un an. | | | |

Grilles optiques : pour les verres, les remboursements sont exprimés par verre

| GRILLE N° 1 | ENFANTS < 18 ANS | | | | ADULTES | | | | |
|---|---|----------|--------------|----------|---|----------|--------------|----------|----------|
| | Type de verre | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. |
| Verres simple foyer, sphériques | | | | | | | | | |
| Sphère de - 6 à + 6 | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 7,22 € | 55,00 € | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 1,37 € | 75,00 € | |
| Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10 | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 16,01 € | 75,00 € | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 2,47 € | 100,00 € | |
| Sphère < - 10 ou > + 10 | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 26,98 € | 95,00 € | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 4,57 € | 125,00 € | |
| Verres simple foyer, sphéro-cylindriques | | | | | | | | | |
| Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6 | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 8,96 € | 65,00 € | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 2,20 € | 85,00 € | |
| Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 21,77 € | 85,00 € | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 4,12 € | 110,00 € | |
| Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6 | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 16,74 € | 105,00 € | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 3,75 € | 135,00 € | |
| Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6 | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 27,90 € | 125,00 € | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 5,67 € | 150,00 € | |
| Verres multifocaux ou progressifs sphériques | | | | | | | | | |
| Sphère de - 4 à + 4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 23,51 € | 115,00 € | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 4,39 € | 160,00 € | |
| Sphère < - 4 ou > + 4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 25,98 € | 135,00 € | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 6,49 € | 175,00 € | |
| Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques | | | | | | | | | |
| Sphère de - 8 à + 8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 26,16 € | 145,00 € | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 6,22 € | 180,00 € | |
| Sphère < - 8 ou > + 8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 39,97 € | 165,00 € | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 14,72 € | 200,00 € | |
| Monture | 2210546 | 30,49 € | 18,29 € | 90,00 € | 2223342 | 2,84 € | 1,70 € | 130,00 € | |

| GRILLE N° 2 | Enfants < 18 ans | | | | ADULTES | | | | |
|--|---|----------|--------------|----------|---|----------|--------------|----------|----------|
| | Type de verre | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. |
| Verres simple foyer, sphériques | | | | | | | | | |
| Sphère de - 6 à + 6 | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 7,22 € | 60,00 € | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 1,37 € | 90,00 € | |
| Sphère de - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10 | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 16,01 € | 80,00 € | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 2,47 € | 110,00 € | |
| Sphère < - 10 ou > + 10 | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 26,98 € | 100,00 € | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 4,57 € | 130,00 € | |
| Verres simple foyer, sphéro-cylindriques | | | | | | | | | |
| Cylindre < + 4 sphère de - 6 à + 6 | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 8,96 € | 70,00 € | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 2,20 € | 100,00 € | |
| Cylindre < + 4 sphère < - 6 ou > + 6 | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 21,77 € | 90,00 € | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 4,12 € | 120,00 € | |
| Cylindre > + 4 sphère de - 6 à + 6 | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 16,74 € | 110,00 € | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 3,75 € | 140,00 € | |
| Cylindre > + 4 sphère < - 6 ou > + 6 | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 27,90 € | 130,00 € | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 5,67 € | 160,00 € | |

| GRILLE N° 2 | ENFANTS < 18 ANS | | | | ADULTES | | | |
|---|---------------------|--------------|---------|----------|---------------------|--------------|---------|----------|
| Type de verre | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. |
| Verres multifocaux ou progressifs sphériques | | | | | | | | |
| Sphère de - 4 à + 4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 23,51 € | 120,00 € | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 4,39 € | 180,00 € |
| Sphère < - 4 ou > + 4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 25,98 € | 140,00 € | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 6,49 € | 200,00 € |
| Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques | | | | | | | | |
| Sphère de - 8 à + 8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 26,16 € | 150,00 € | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 6,22 € | 210,00 € |
| Sphère < - 8 ou > + 8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 39,97 € | 170,00 € | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 14,72 € | 230,00 € |
| Monture | 2210546 | 30,49 € | 18,29 € | 100,00 € | 2223342 | 2,84 € | 1,70 € | 150,00 € |

Cotisations

| TAUX EXPRIMÉS EN % PMSS | | RÉGIME GÉNÉRAL | | | RÉGIME LOCAL | | |
|-------------------------|----------|----------------|----------|--------|--------------|----------|--------|
| | | Salarié | Conjoint | Enfant | Salarié | Conjoint | Enfant |
| Obligatoire salarié | Base | 1,48 % | 1,61 % | 0,73 % | 1,04 % | 1,13 % | 0,51 % |
| | Option 1 | 0,32 % | 0,32 % | 0,16 % | 0,32 % | 0,32 % | 0,16 % |
| | Option 2 | 0,67 % | 0,67 % | 0,33 % | 0,67 % | 0,67 % | 0,33 % |
| Facultatif salarié | Option 1 | 0,35 % | 0,35 % | 0,18 % | 0,35 % | 0,35 % | 0,18 % |
| | Option 2 | 0,74 % | 0,74 % | 0,36 % | 0,74 % | 0,74 % | 0,36 % |

ACTIFS y compris portabilité des droits sur l'ensemble des garanties (base et options)

ACCORDS COLLECTIFS DE TRAVAIL APPLICABLES DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE ET DANS LES SERVICES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'INSERTION POUR ADULTES

**Protocole n° 155 du 4 juillet 2014
relatif au régime collectif de complémentaire santé**

Entre :

Le Syndicat des employeurs associatifs action sociale et santé (SYNEAS), 3, rue au Maire, 75003 Paris,

D'une part,

Et

La Fédération nationale des services de santé et des services sociaux (CFDT), 7-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19;

La Fédération nationale des syndicats chrétiens des services de santé et services sociaux (CFTC), 34, quai de Loire, 75019 Paris;

La Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

La Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière (FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris,

D'autre part,

PRÉAMBULE

Conformément à la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux se sont réunis afin d'envisager la modification du dispositif de complémentaire santé mis en place dans le protocole n° 153 du 23 juin 2010, notamment afin de tenir compte :

- de l'évolution du contexte législatif et réglementaire encadrant les règles d'exonérations sociales liées à la mise en place de régimes de prévoyance et de complémentaire santé, notamment avec la parution du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire;
- de l'instauration du mécanisme de portabilité des droits opéré par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent protocole qui vient modifier, en s'y substituant, l'article 5 relatif au régime « complémentaire frais de santé » du protocole n° 153 du 23 juin 2010, ayant lui-même révisé le chapitre 7 relatif au régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaire des accords collectifs CHRS.

Article 1^{er}

Modification de l'article 7-2 du chapitre 7 des accords collectifs CHRS

L'article 7.2 « Complémentaire santé » est rédigé de la façon suivante :

« Article 7.2.1

Objet

Le présent accord a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice du personnel tel que défini à l'article 7.2.3, d'un régime de complémentaire santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant deux organismes assureurs, choisis au terme d'une procédure de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties du régime de complémentaire santé.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès des deux assureurs choisis. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative communs, conclus dans les mêmes conditions.

Article 7.2.2

Champ d'application

Le présent accord s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel des accords collectifs CHRS.

Article 7.2.3

Adhésion du salarié

1. Définition des bénéficiaires

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail relevant des accords collectifs CHRS.

L'accès au régime de complémentaire santé est conditionné à la justification d'une ancienneté de 4 mois consécutifs au sein de l'entreprise.

2. Suspension du contrat de travail

a) Cas de maintien du bénéfice du régime

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

- maladie (d'origine professionnelle ou non professionnelle);
 - accident (d'origine professionnelle ou non professionnelle);
 - maternité;
 - exercice du droit de grève;
 - congé non rémunéré qui n'excède pas un mois continu;
 - congé de solidarité familiale, tel que défini par les articles L. 3142-16 et suivants du code du travail;
 - congé de soutien familial, tel que défini par les articles L. 3142-22 et suivants du code du travail,
- et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires.

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

b) Autres cas de suspension

Dans les autres cas de suspension comme par exemple pour congés sans solde non visés dans les dispositions précédentes (notamment 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.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation (part patronale et part salariale).

3. Caractère obligatoire de l'adhésion

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

Les salariés suivants auront toutefois la faculté de refuser leur adhésion au régime :

a) Les salariés et apprentis sous contrat d'une durée inférieure à douze mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties;

b) Les salariés et apprentis sous contrat d'une durée au moins égale à douze mois, dès lors qu'ils produisent tout document justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties;

c) 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;

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD et les apprentis, avant le 20 du mois civil de leur embauche et pour les temps partiels, avant le 20 du mois, pour une prise d'effet au premier jour du mois civil suivant. À défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

d) Les salariés qui sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tout document utile.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tout justificatif requis. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans le mois suivant leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

e) Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayants droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance et complémentaire santé remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Il est précisé que cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de complémentaire santé à l'appui des justificatifs requis et produire chaque année, au plus tard le 20 janvier, tout justificatif attestant de leur couverture par ailleurs. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Les entreprises relevant du champ d'application de l'accord devront en tout état de cause prévoir ces dispenses d'adhésion. Les entreprises disposent par ailleurs de la liberté de mettre en œuvre les autres cas de dispenses prévus par le décret du 9 janvier 2012 et les éventuels autres textes réglementaires à paraître, le cas échéant, en concertation avec les instances représentatives du personnel et dans les conditions prévues par ces textes.

Article 7.2.4

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 et de complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles 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 du régime de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Évin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Évin », la couverture du régime 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 Évin incombe à l'organisme assureur. L'ancien employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture mais informera le salarié, et ses ayants droit en cas de décès.

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

Article 7.2.5

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 (enfants et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance national souscrit avec les assureurs recommandés ou par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

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

2. Assiette de la cotisation

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 2014, à 3 129 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

3. Taux et répartition des cotisations

La cotisation ci-dessus définie et les cotisations « enfants » et « conjoint » facultatives sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés :

Salariés relevant du régime général de la sécurité sociale

| | COTISATION salariale | COTISATION patronale | COTISATION globale |
|---|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Salarié isolé (obligatoire) | 0,67 % | 0,67 % | 1,34 % |
| Par enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^e enfant) | 0,62 % | - | 0,62 % |
| Conjoint (facultatif) | 1,34 % | - | 1,34 % |

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

| | COTISATION salariale | COTISATION patronale | COTISATION globale |
|---|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Salarié isolé (obligatoire) | 0,41 % | 0,41 % | 0,82 % |
| Par enfant (facultatif - gratuité à compter du 3 ^e enfant) | 0,36 % | - | 0,36 % |
| Conjoint (facultatif) | 0,82 % | - | 0,82 % |

La cotisation « salarié isolé » comprend une part de 10,5 % liée aux frais de gestion et une part de 2 % affectée au fonds d'action sociale.

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 de la cotisation « isolé » à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire (du salarié et, le cas échéant, de ses ayants droit) mise en place par l'entreprise.

Article 7.2.6

Prestations

1. Tableau des garanties

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif 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 prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe à titre informatif, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent protocole. En tout état de cause, les contrats seront toujours responsables et s'adapteront à la réglementation.

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, acte par acte.

2. Actions sociales

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre des mesures d'actions sociales définies par une liste dressée par la Commission nationale paritaire de négociation à un taux de cotisation équivalent.

Article 7.2.7

Suivi du régime de complémentaire santé

Le régime de complémentaire santé est administré par la Commission nationale paritaire technique de prévoyance qui assure le suivi du régime de base, des options et des contrats « sur mesure ».

Les organismes assureurs recommandés communiquent obligatoirement chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi du régime sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

Article 7.2.8

Organismes assureurs recommandés

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture du régime de complémentaire santé prévues par les accords collectifs CHRS, les organismes assureurs suivants :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, 35 boulevard Brune, 75014 Paris ;
- le groupement de coassurance mutualiste composé de :
 - CHORUM, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 621 419. Siège social : 56-60, rue Nationale, 75013 Paris ;
 - ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 311 799 878. Siège social : 104, avenue Maréchal-de-Saxe, 69003 Lyon ;
 - APREVA, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 627 391. Siège social : 20, boulevard Papin, BP 1173, 59012 Lille Cedex ;
 - EOVI MCD, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 317 442 176. Siège social : 25, route de Monfavet, BP 2034, 84023 Avignon Cedex 1 ;
 - HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
 - OCIANE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 434 243 085. Siège social : 8, terrasse du Front-du-Médoc, 33054 Bordeaux Cedex.

Ces mutuelles, coassureurs du régime, confient la coordination du dispositif et l'interlocution à Mutex, entreprise régie par le code des assurances, siège social : 125, avenue de Paris, 92327 Châtillon Cedex.

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 cinq ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard six 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 au 31 décembre de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de deux mois avant l'échéance.

L'employeur choisit l'organisme assureur avec les institutions représentatives du personnel.»

Article 2

Effet et durée

Le présent accord prendra effet le 1^{er} janvier 2015, sous réserve de son agrément ministériel.

Ces dispositions s'intègrent au chapitre 7 relatif au régime de prévoyance collectif et de retraite complémentaire des accords collectifs CHRS.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Fait à Paris, le 4 juillet 2014.

Organisations syndicales de salariés

La Fédération nationale des services
santé et services sociaux (CFDT)

SIGNÉ

La Fédération nationale des syndicats
chrétiens des services santé
et services sociaux (CFTC)

SIGNÉ

La Fédération nationale de l'action
sociale Force ouvrière (FO)

NON SIGNATAIRE

La Fédération française de la santé,
de la médecine et de l'action sociale
(CFE-CGC)

SIGNÉ

Organisation syndicale d'employeurs

Le Syndicat des employeurs associatifs
de l'action sociale et santé (SYNEAS)

SIGNÉ

ANNEXE

GARANTIES COLLECTIVES DU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

| Remboursement total dans la limite des frais réels remboursement de la Sécurité Sociale inclus | |
|---|--|
| Frais d'hospitalisation | |
| Chirurgie - Hospitalisation Conventionnée | 150% BR |
| Forfait hospitalier | couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour |
| Chambre particulière par jour Conventionnée | 100 % des FR dans la limite de 1% du PMSS |
| Personne accompagnante Conventionnée | 100 % des FR; dans la limite de 1% du PMSS |
| Frais médicaux | |
| Consultations - visites Généralistes | 100% BR |
| Consultations - visites Spécialistes | 150% BR |
| Pharmacie | 100% BR |
| Analyses | 100% BR |
| Auxiliaires médicaux | 100% BR |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) | 125% BR |
| Radiologie | 100% BR |
| Orthopédie et autres prothèses | 150% BR |
| Prothèses Auditives | 100% BR |
| Transport accepté par la Sécurité sociale | 100% BR |
| Dentaire | |
| Soins dentaires | 100% BR |
| Orthodontie | 200% BR |
| Acceptée par la Ss | |
| Prothèses dentaires : 3 prothèses par an et par bénéficiaire maximum, et au-delà la garantie est limitée au panier de soins. | |
| Remboursées par la Ss : dents du sourire (Incisives, canines, prémolaires) | 200% BR |
| Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche | 150% BR |
| Inlays-cores | 150% BR |
| Frais d'optique. Pour les enfants : verres + monture ou lentilles, par an et par bénéficiaire. Pour les adultes : verres + monture tous les deux ans par bénéficiaire* ou lentilles tous les ans par bénéficiaire. | |
| Verres et Montures | Grille Optique n°1 |
| Lentilles prescrites : Acceptées, refusées, jetables | 2% du PMSS |
| Actes de Prévention | |
| Tous les actes des contrats responsables | oui au ticket modérateur |

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée (+/- 0,5 dioptrie).

| Remboursements complémentaires à la base | |
|---|---|
| Garanties OPTIONNELLES | OPTION 1 (s'ajoute au régime de base) OPTION 2 (s'ajoute au régime de base) |
| Frais d'hospitalisation : avec une limite annuelle de 25% du PASS par an et par bénéficiaire soit : 9 387 € en 2014 pour le Non Conventionné | |
| Chirurgie - Hospitalisation | |
| Conventionnée | + 100 % de la BR |
| Non conventionnée | non couverte |
| Forfait hospitalier | |
| Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour | 100 % des FR dans la limite de 300 % de la BR reconstituée couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour |
| Chambre particulière par jour | |
| Conventionnée | + 1% du PMSS (soit + 31,29 €) |
| Non conventionnée | non couverte |
| Personne accompagnante | |
| Non conventionnée | non couverte |
| Non conventionnée | 100 % des FR dans la limite de 3% du PMSS (soit 93,87 €) |
| Non conventionnée | 100 % des FR, dans la limite de 1,5% du PMSS (soit 46,94 €) |
| Frais médicaux | |
| Consultations - visites Généralistes | |
| Consultations - visites Spécialistes | 20 % de la BR |
| Pharmacie | 20 % de la BR |
| Vaccins non remboursés par la Ss | vignettes oranges si non couvertes dans base |
| Analyses | non couverte |
| Auxiliaires médicaux | non couverte |
| Actes techniques médicaux (petite chirurgie) | non couverte |
| Radiologie | non couverte |
| Orthopédie et autres prothèses | non couverte |
| Prothèses Auditives | 10% du PMSS par oreille (312,90 €; 2 oreilles par an max) |
| Dentaire | |
| Orthodontie | |
| Acceptée par la Sécurité sociale | non couverte |
| Refusée par la sécurité sociale | non couverte |
| Prothèses dentaires : 3 prothèses par an et par bénéficiaire maximum, et au-delà la garantie est limitée au panier de soins. | |
| Remboursées par la Ss : dents du sourire (Inclusives, canines, prémolaires) | 100% de la BR |
| Remboursées: dents de fond de bouche | 50% de la BR |
| Inlays-cores | 100% de la BR |
| Non remboursées par la Sécurité sociale | non couverte |
| Parodontologie | |
| Implantologie | non couverte |
| Frais d'optique. Pour les enfants : verres + monture ou lentilles, par an et par bénéficiaire. Pour les adultes : verres + monture tous les deux ans par bénéficiaire* ou lentilles tous les ans par bénéficiaire. | |
| Verres et Montures | Grille Optique n°2 |
| Chirurgie réfractive | non couverte |
| Lentilles prescrites : Acceptées, refusées, jetables | 3% du PMSS (soit 93,87 €) |
| Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) | |
| Acceptée par la Sécurité sociale | 5% du PMSS (soit 154,30 €) |
| Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur) | |
| Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels | 3 x 25 € par an et par bénéficiaire |
| Ostéodensitométrie osseuse | |
| Par bénéficiaire | non couverte |
| Actes de Prévention | |
| Patch anti-tabac | 2% du PMSS (62,58 €) par an et par bénéficiaire |
| | 4% du PMSS (125,16 €) par an et par bénéficiaire |

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée (+/- 0.5 dioptrie).

| Grille n°1 (régime de base) Type de Verre | Enfants < 18 ans | | | Adultes | | |
|---|------------------------------------|--------------|---------|------------------------------------|--------------|---------|
| | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS |
| Verres Simple Foyer, Sphérique | | | | | | |
| sphère de -6 à +6 | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 7,22 € | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 1,37 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 16,01 € | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 2,47 € |
| sphère < -10 ou > +10 | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 26,98 € | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 4,57 € |
| Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques | | | | | | |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6 | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 8,96 € | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 2,20 € |
| cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 21,77 € | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 4,12 € |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6 | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 16,74 € | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 3,75 € |
| cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 27,90 € | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 5,67 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques | | | | | | |
| sphère de -4 à +4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 23,51 € | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 4,39 € |
| sphère < -4 ou > +4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 25,98 € | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 6,49 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques | | | | | | |
| sphère de -8 à +8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 26,16 € | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 6,22 € |
| sphère < -8 ou > +8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 39,97 € | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 14,72 € |
| Monture | 2210546 | 30,49 € | 18,29 € | 2223342 | 2,84 € | 1,70 € |

| Grille n°2 (option 1) Type de Verre | Enfants < 18 ans | | | Adultes | | |
|---|------------------------------------|--------------|---------|------------------------------------|--------------|---------|
| | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS |
| Verres Simple Foyer, Sphérique | | | | | | |
| sphère de -6 à +6 | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 7,22 € | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 1,37 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 16,01 € | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 2,47 € |
| sphère < -10 ou > +10 | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 26,98 € | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 4,57 € |
| Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques | | | | | | |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6 | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 8,96 € | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 2,20 € |
| cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 21,77 € | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 4,12 € |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6 | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 16,74 € | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 3,75 € |
| cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 27,90 € | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 5,67 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques | | | | | | |
| sphère de -4 à +4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 23,51 € | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 4,39 € |
| sphère < -4 ou > +4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 25,98 € | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 6,49 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques | | | | | | |
| sphère de -8 à +8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 26,16 € | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 6,22 € |
| sphère < -8 ou > +8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 39,97 € | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 14,72 € |
| Monture | 2210546 | 30,49 € | 18,29 € | 2223342 | 2,84 € | 1,70 € |

| Grille n°3 (option 2) | Enfants < 18 ans | | | Adultes | | | | | |
|---|------------------------------------|----------|--------------|----------|----------|------------------------------------|--------------|---------|----------|
| | Type de Verre | Code LPP | LPP < 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. | Code LPP | LPP > 18 ans | Rbt SS | Rbt Ass. |
| Verres Simple Foyer, Sphérique | | | | | | | | | |
| sphère de -6 à +6 | 2242457, 2261874 | 12,04 € | 7,22 € | 85,00 € | | 2203240, 2287916 | 2,29 € | 1,37 € | 125,00 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | 2243304, 2243540, 2291088, 2297441 | 26,68 € | 16,01 € | 105,00 € | | 2263459, 2265330, 2280660, 2282793 | 4,12 € | 2,47 € | 145,00 € |
| sphère < -10 ou > +10 | 2248320, 2273854 | 44,97 € | 26,98 € | 125,00 € | | 2235776, 2295896 | 7,62 € | 4,57 € | 165,00 € |
| Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques | | | | | | | | | |
| cylindre < +4 sphère de -6 à +6 | 2200393, 2270413 | 14,94 € | 8,96 € | 95,00 € | | 2226412, 2259966 | 3,66 € | 2,20 € | 135,00 € |
| cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6 | 2219381, 2283953 | 36,28 € | 21,77 € | 115,00 € | | 2254868, 2284527 | 6,86 € | 4,12 € | 155,00 € |
| cylindre > +4 sphère de -6 à +6 | 2238941, 2268385 | 27,90 € | 16,74 € | 135,00 € | | 2212976, 2252668 | 6,25 € | 3,75 € | 175,00 € |
| cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 | 2206800, 2245036 | 46,50 € | 27,90 € | 155,00 € | | 2288519, 2299523 | 9,45 € | 5,67 € | 195,00 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques | | | | | | | | | |
| sphère de -4 à +4 | 2264045, 2259245 | 39,18 € | 23,51 € | 170,00 € | | 2290396, 2291183 | 7,32 € | 4,39 € | 250,00 € |
| sphère < -4 ou > +4 | 2202452, 2238792 | 43,30 € | 25,98 € | 190,00 € | | 2245384, 2295198 | 10,82 € | 6,49 € | 270,00 € |
| Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques | | | | | | | | | |
| sphère de -8 à +8 | 2240671, 2282221 | 43,60 € | 26,16 € | 200,00 € | | 2227038, 2299180 | 10,37 € | 6,22 € | 280,00 € |
| sphère < -8 ou > +8 | 2234239, 2259660 | 66,62 € | 39,97 € | 220,00 € | | 2202239, 2252042 | 24,54 € | 14,72 € | 300,00 € |
| Monture | 2210546 | 30,49 € | 18,29 € | 100,00 € | | 2223342 | 2,84 € | 1,70 € | 150,00 € |