

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

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

Arrêté du 14 octobre 2015 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° 0263 du 13 novembre 2015)

NOR : AFSA1525581A

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 17 septembre 2015;

Vu les notifications en date du 12 octobre 2015,

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. – Branche de l'aide à domicile (BAD)

Avenant n° 22/2015 du 12 mai 2015 à la CCB aide à domicile relatif à l'assurance complémentaire frais de santé.

II. – Convention collective du 15 mars 1966

Avenant n° 334 du 29 avril 2015 relatif au régime collectif de complémentaire santé (degré élevé de solidarité et contrat responsable).

III. – Accords collectifs CHRS du SYNEAS

1. Avenant n° 2 du 3 avril 2015 au protocole n° 155 relatif au régime collectif de complémentaire santé (degré élevé de solidarité).

2. Avenant n° 3 du 26 juin 2015 au protocole n° 155 relatif au régime collectif de complémentaire santé (clarification des cas de dispense).

3. Protocole n° 157 du 26 juin 2015 relatif à l'extension des régimes de prévoyance et de complémentaire santé existants aux salariés des ateliers et chantiers d'insertion.

IV. – ADSEA de la Charente-Maritime (17300 Rochefort)

Accord d'entreprise du 19 juin 2015 relatif à l'organisation des transferts.

V. – APAJH de la Gironde (33000 Bordeaux)

Avenant du 16 septembre 2014 à l'accord d'entreprise du 11 juillet 2006 relatif à la durée des mandats.

VI. – Association à domicile Hérault (34070 Montpellier)

1. Accord d'entreprise du 1^{er} juin 2015 relatif au fonctionnement du CHSCT.

2. Accord d'entreprise du 1^{er} juin 2015 relatif au droit d'expression des salariés.

3. Accord d'entreprise du 28 janvier 2013 relatif à l'usage du téléphone et à l'indemnisation des trajets.

VII. – *ADAPEI de l'Indre*
(36005 Châteauroux)

1. Accord d'entreprise du 18 mai 2010 relatif au droit individuel à la formation.
2. Accord d'entreprise du 29 mars 2012 relatif aux transferts.
3. Accord d'entreprise du 16 novembre 2006 relatif au fractionnement des congés trimestriels.
4. Accord d'entreprise du 22 novembre 2007 relatif à l'organisation et à l'aménagement du travail de nuit.
5. Accord d'entreprise du 11 mai 2006 relatif à la journée de solidarité.

VIII. – *Association Gabriel Deshayes*
(56400 Brech)

Avenant du 5 mai 2015 à l'accord collectif du 21 décembre 1999 relatif à la négociation annuelle obligatoire.

IX. – *Association tutélaire Nord-Auvergne*
(63100 Clermont-Ferrand)

Accord d'entreprise du 30 mars 2015 relatif à l'harmonisation des statuts - suppression des congés trimestriels.

X. – *ADAPA (64100 Bayonne)*

Accord d'entreprise du 9 mai 2014 relatif à l'aménagement du temps de travail.

XI. – *ADPEP des Pyrénées-Atlantiques*
(64140 Billère)

Avenant du 8 janvier 2015 à l'accord d'entreprise du 4 octobre 1999 relatif à l'aménagement du temps de travail.

XII. – *Association européenne des handicapés moteurs (AEHM)*
(64340 Boucau)

Accord d'entreprise du 23 juin 2015 relatif au compte épargne-temps.

XIII. – *Fondation Armée du Salut*
(75976 Paris)

1. Accord collectif du 8 avril 2015 relatif au don de jours entre salariés.
2. Accord collectif du 8 avril 2015 relatif au congé de solidarité familiale.
3. Avenant du 5 juin 2014 à l'accord collectif du 5 mai 2002 relatif aux modalités de revalorisation de la médaille du travail.

XIV. – *France Terre d'Asile*
(75018 Paris)

1. Avenant n° 2015-02 du 8 juin 2015 relatif à la revalorisation de la valeur du point au 1^{er} janvier 2014.
2. Avenant n° 2015-03 du 17 juin 2015 relatif à la revalorisation de la valeur du point au 1^{er} janvier 2015.
3. Avenant n° 2015-04 du 17 juin 2015 relatif à la revalorisation des plafonds de remboursement des frais de repas et des nuitées en cas de déplacements professionnels.

XV. – *Association pour l'animation des fondations « Docteur Gibert »*
(76600 Le Havre)

Accord d'entreprise du 31 mars 2015 - accord d'adaptation.

XVI. – *APEIS (89101 Sens)*

Accord d'entreprise du 9 mars 2015 relatif à la reconduction pour 2015 de l'accord du 11 juin 2014 relatif à la prime exceptionnelle d'ancienneté.

Art. 2. – Ne sont pas agréés les accords collectifs de travail et décisions suivants :

I. – *Association ANAIS (61008 Alençon)*

Protocole d'accord du 5 juin 2014 relatif à la négociation annuelle obligatoire.

II. – *ADAPA (64100 Bayonne)*

Accord d'entreprise du 9 mai 2014 relatif à l'attribution d'une indemnité différentielle.

III. – *Association Moissons nouvelles
(75015 Paris)*

Accord d'entreprise du 18 mai 2015 relatif à la complémentaire santé.

IV. – *Fondation Saint-Jean-de-Dieu
(75015 Paris)*

Accord d'entreprise du 21 mai 2015 relatif à la prise en charge du délai de carence.

Art. 3. – Le directeur général de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 14 octobre 2015.

Pour la ministre et par délégation :
*Le directeur général
de la cohésion sociale,*
J.-P. VINQUANT

Nota. – Les textes des accords cités à l'article 1^{er} (I, II et III) ci-dessus seront publiés au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 11/15 disponible sur les sites intranet et internet du ministère de la santé et des sports.

**Avenant n° 22/2015 à la convention collective de la branche de l'aide,
de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)**

Les parties signataires du présent avenant conviennent des dispositions suivantes :

Le présent avenant modifie les articles 23.1, 23.2, 23.3 et 28.1 du titre VII de la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Article 1^{er}

Les articles 23.1, 23.2 et 23.3 sont modifiés comme suit :

« Article 23.1
Régime base prime

Nature des frais	REGIME BASE Prestations complémentaires incluant le remboursement de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels		
	Conventionné	Non Conventionné	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE			
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS praticiens ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	150 % de la BR	80 % FR limité à 150 % de la BR	
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	130 % de la BR	80 % FR limité à 130 % de la BR	
Frais de séjour pris en charge par la SS	150 % des BR	80 % des FR limité à 150 % de la BR	
Chambre particulière (limitée à un an)	1,50 % du PMSS		
Forfait hospitalier et Forfait actes lourds	100 % des Frais réels		
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans)	Néant		
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % de la BR		
ACTES MEDICAUX			
Consultations, visites généralistes prises en charge par la SS			
• Parcours de soins praticiens ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	100 % de la BR	80 % FR dans la limite de 100% de la BR	
• Parcours de soins praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	100 % de la BR		
• Hors parcours de soins (CAS et non CAS)	100 % de la BR		
Consultations, visites spécialistes pris en charge par la SS			
• Parcours de soins ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	150 % de la BR		
• Parcours de soins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	130 % de la BR		
• Hors parcours de soins (CAS et non CAS)	100 % de la BR		
Auxiliaires médicaux pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Analyses et examens de laboratoires pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux pris en charge par la SS (hors hospitalisation)	100 % de la BR		
Actes d'imagerie médicale et d'échographie pris en charge par la SS	100 % de la BR		
PHARMACIE prise en charge par la SS	100 % de la BR		
DENTAIRE			
Soins dentaires pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Onlay-Inlay, Soins avec dépassement	110 % de la BR		
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (incisives, canines, prémolaires)	300 % de la BR		
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (dents de fonds de bouche)	200 % de la BR		
Inlay-cores avec et sans clavette	125 % de la BR		
Orthodontie prise en charge par la SS	275 % de la BR		
Orthodontie, parodontologie, ou prothèses dentaires non prises en charge par la SS	Néant		
OPTIQUE (dans les limites de la périodicité Adultes/Mineurs des décrets n°2014-1025 et n°2014-1374)			
Verres et montures	Selon Grille OPTIQUE 1		
Lentilles prises en charge par la SS	2 % du PMSS		
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire : 2 % PMSS		
Kératotomie (chirurgie de la myopie)	Crédit annuel de 200 € par œil		
PROTHESES MEDICALES			
Prothèses auditives prises en charge par la SS (y compris piles)	100% de la BR + 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Orthopédie, prothèses médicales, appareillage pris en charge par la SS	100 % de la BR		
CURES THERMALES (prises en charge par la SS)			
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR		
Frais de séjour, voyage et d'hébergement	Néant		
MEDECINE ALTERNATIVE			
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant		
MATERNITE			
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours)	2 % du PMSS		
Forfait par enfant (dans la limite des frais réels engagés)	Forfait de 5 % du PMSS		
DIVERS			
Vaccin anti-grippe non remboursé par la SS	100% des FR		
Contraception	2,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Actes médicaux > 120 €	18 €		
Actes de prévention du contrat responsable (arrêté du 8 juin 2006)	Détartrage annuel complet + vaccinations		

Le secteur non conventionné sera couvert au minimum au Ticket Modérateur.

Conformément au décret no 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Grille base prime		Enfants < 18 ans			Adultes			Rbst assureur		Total	
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	2 V + 1 M (*)	2 V + 1 M (*)	2 V + 1 M (*)	
Verres Simple Foyer, Sphérique											
sphère de -6 à +6	2242457, 2281874	12,04 €	7,22 €	40,00 €	2,29 €	1,37 €	50,00 €	190,00 €	194,44 €		
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243354, 2291088, 2291089	26,68 €	16,01 €	75,00 €	4,12 €	2,47 €	75,00 €	240,00 €	246,64 €		
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	85,00 €	7,62 €	4,57 €	95,00 €	280,00 €	290,84 €		
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques											
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,84 €	8,98 €	45,00 €	3,66 €	2,20 €	55,00 €	200,00 €	206,10 €		
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	80,00 €	6,86 €	4,12 €	90,00 €	270,00 €	279,94 €		
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238841, 2288385	27,90 €	16,74 €	90,00 €	6,25 €	3,75 €	100,00 €	290,00 €	299,20 €		
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	100,00 €	9,45 €	5,67 €	110,00 €	310,00 €	323,04 €		
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques											
sphère de -4 à +4	2264045, 22859245	39,18 €	23,51 €	110,00 €	7,32 €	4,39 €	120,00 €	330,00 €	340,48 €		
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	120,00 €	10,82 €	6,49 €	130,00 €	350,00 €	364,68 €		
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques											
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	120,00 €	10,37 €	6,22 €	130,00 €	350,00 €	364,14 €		
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2285960	66,62 €	39,97 €	130,00 €	24,54 €	14,72 €	140,00 €	370,00 €	401,14 €		
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	50,00 €	2,84 €	1,70 €	90,00 €	90,00 €			
(*) Remboursement assureur seulement											

Article 23.2
Régime confort

Les garanties souhaitées pour ce régime optionnel au choix du salarié sont les suivantes :

Nature des frais	REGIME CONFORT Prestations complémentaires incluant le remboursement de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels		
	Conventionné	Non Conventionné	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE			
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS praticiens ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	175 % de la BR	80 % FR limité à 175 % de la BR	
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	155 % de la BR	80 % FR limité à 155 % de la BR	
Frais de séjour pris en charge par la SS	250 % des BR	80 % des FR limité à 250 % de la BR	
Chambre particulière (limitée à un an)	2,50 % du PMSS		
Forfait hospitalier et forfait actes lourds	100 % des Frais réels		
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans)	2 % du PMSS		
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % de la BR		
ACTES MEDICAUX			
Consultations, visites généralistes prises en charge par la SS			
• Parcours de soins praticiens ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	100 % de la BR	80 % FR dans la limite de 100% de la BR	
• Parcours de soins praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	100 % de la BR		
• Hors parcours de soins (CAS et non CAS)	100 % de la BR		
Consultations, visites spécialistes pris en charge par la SS			
• Parcours de soins ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	175 % de la BR		
• Parcours de soins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	155 % de la BR		
• Hors parcours de soins (CAS et non CAS)	100 % de la BR		
Auxiliaires médicaux pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Analyses et examens de laboratoires pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux pris en charge par la SS (hors hospitalisation)	100 % de la BR		
Actes d'imagerie médicale et d'échographie pris en charge par la SS	100 % de la BR		
PHARMACIE prise en charge par la SS	100 % de la BR		
DENTAIRE			
Soins dentaires pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Onlay-Inlay, Soins avec dépassement	130 % de la BR		
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (incisives, canines, prémolaires)	350 % de la BR		
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (dents de fonds de bouche)	250 % de la BR		
Inlay-cores avec et sans clavette	130 % de la BR		
Orthodontie prise en charge par la SS	300 % de la BR		
Orthodontie, parodontologie, ou prothèses dentaires non prises en charge par la SS	Crédit annuel de 300 € par an et par bénéficiaire		
OPTIQUE (dans les limites de la périodicité Adultes/Mineurs des décrets n°2014-1025 et n°2014-1374)			
Verres et montures	Selon Grille OPTIQUE 2		
Lentilles prises en charge par la SS	3 % du PMSS		
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire : 3% PMSS		
Kératotomie (chirurgie de la myopie)	Crédit annuel de 300 € par œil		
PROTHESES MEDICALES			
Prothèses auditives prises en charge par la SS (y compris piles)	100% de la BR + 15 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Orthopédie, prothèses médicales, appareillage pris en charge par la SS	100 % de la BR		
CURES THERMALES (prises en charge par la SS)			
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR		
Frais de séjour, voyage et d'hébergement	Forfait de 10% du PMSS		
MEDECINE ALTERNATIVE			
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant		
MATERNITE			
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours)	3 % du PMSS		
Forfait par enfant (dans la limite des frais réels engagés)	Forfait de 10 % du PMSS		
DIVERS			
Vaccin anti-grippe non remboursé par la SS	100% des FR		
Contraception	2,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Actes médicaux > 120 €	18 €		
Actes de prévention du contrat responsable (arrêté du 8 juin 2006)	Détartrage annuel complet + vaccinations		

Le secteur non conventionné sera couvert au minimum au Ticket Modérateur.

Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Grille Confort		Enfants < 18 ans			Adultes			Total				
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Rbt assureur 2 V + 1 M (*)	Total 2 V + 1 M (*)	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Rbt assureur 2 V + 1 M (*)	Total 2 V + 1 M (*)
Verres Simple Foyer, Sphérique												
sphère de -6 à +6	2242457, 2261674	12,04 €	7,22 €	52,00 €	179,00 €	211,73 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	65,00 €	245,00 €	249,44 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2291089	26,68 €	16,01 €	97,50 €	270,00 €	320,31 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	97,50 €	310,00 €	316,64 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273654	44,97 €	26,98 €	110,50 €	296,00 €	368,25 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	123,50 €	362,00 €	372,84 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques												
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	58,50 €	192,00 €	228,21 €	2228412, 2259966	3,66 €	2,20 €	71,50 €	258,00 €	264,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2263953	36,28 €	21,77 €	104,00 €	283,00 €	344,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	117,00 €	349,00 €	358,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268986	27,90 €	16,74 €	117,00 €	309,00 €	360,77 €	2212976, 2259268	6,25 €	3,75 €	130,00 €	375,00 €	384,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	335,00 €	409,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	143,00 €	401,00 €	414,04 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques												
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	143,00 €	361,00 €	426,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	156,00 €	427,00 €	437,48 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	156,00 €	387,00 €	457,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	169,00 €	453,00 €	467,68 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques												
sphère de -6 à +8	2240671, 2262221	43,60 €	26,16 €	156,00 €	387,00 €	457,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	169,00 €	453,00 €	467,14 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	169,00 €	413,00 €	511,23 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	182,00 €	479,00 €	510,14 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	75,00 €	75,00 €	110,49 €	2223342	2,84 €	1,70 €	115,00 €	115,00 €	115,00 €

(*) Remboursement assureur seulement

Article 23.3
Régime confort PLUS

Les garanties souhaitées pour ce régime optionnel au choix du salarié sont les suivantes :

Nature des frais	REGIME CONFORT PLUS Prestations complémentaires incluant le remboursement de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels		
	Conventionné	Non Conventionné	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE			
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS praticiens ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	200 % de la BR	80 % FR limité à 200 % de la BR	
Honoraires médicaux et chirurgicaux pris en charge par la SS praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	180 % de la BR	80 % FR limité à 180 % de la BR	
Frais de séjour pris en charge par la SS	350 % des BR	80 % des FR limité à 350 % de la BR	
Chambre particulière (limitée à un an)	3,50 % du PMSS		
Forfait hospitalier et forfait actes lourds	100 % des Frais réels		
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans)	2 % du PMSS		
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % de la BR		
ACTES MEDICAUX			
Consultations, visites généralistes prises en charge par la SS			
▪ Parcours de soins praticiens ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	100 % de la BR	80 % FR dans la limite de 100% de la BR	
▪ Parcours de soins praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	100 % de la BR		
▪ Hors parcours de soins (CAS et non CAS)	100 % de la BR		
Consultations, visites spécialistes pris en charge par la SS			
▪ Parcours de soins ayant signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	200 % de la BR		
▪ Parcours de soins n'ayant pas signé le Contrat d'Accès au Soins (CAS)	180 % de la BR		
▪ Hors parcours de soins (CAS et non CAS)	100 % de la BR		
Auxiliaires médicaux pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Analyses et examens de laboratoires pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux pris en charge par la SS (hors hospitalisation)	100 % de la BR		
Actes d'imagerie médicale et d'échographie pris en charge par la SS	100 % de la BR		
PHARMACIE prise en charge par la SS	100 % de la BR		
DENTAIRE			
Soins dentaires pris en charge par la SS	100 % de la BR		
Onlay-Inlay, Soins avec dépassement	160 % de la BR		
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (incisives, canines, prémolaires)	400 % de la BR		
Prothèses dentaires prises en charge par la SS (dents de fonds de bouche)	300 % de la BR		
Inlay-cores avec et sans clavette	160 % de la BR		
Orthodontie prise en charge par la SS	325 % de la BR		
Orthodontie, parodontologie, ou prothèses dentaires non prises en charge par la SS	Crédit annuel de 600 € par an et par bénéficiaire		
OPTIQUE (dans les limites de la périodicité Adultes/Mineurs des décrets n°2014-1025 et n°2014-1374)			
Verres et montures	Selon Grille OPTIQUE 3		
Lentilles prises en charge par la SS	4 % du PMSS		
Lentilles non prises en charge par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel par bénéficiaire : 4% PMSS		
Kératotomie (chirurgie de la myopie)	Crédit annuel de 400 € par œil		
PROTHESES MEDICALES			
Prothèses auditives prises en charge par la SS (y compris piles)	100% de la BR + 25 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Orthopédie, prothèses médicales, appareillage pris en charge par la SS	150 % de la BR		
CURES THERMALES (prises en charge par la SS)			
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR		
Frais de séjour, voyage et d'hébergement	Forfait de 10% du PMSS		
MEDECINE ALTERNATIVE			
Ostéopathie (intervention dans le cadre d'un praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire		
MATERNITE			
Chambre particulière (dans la limite de 6 jours)	4 % du PMSS		
Forfait par enfant (dans la limite des frais réels engagés)	Forfait de 10 % du PMSS		
DIVERS			
Vaccin anti-grippe non remboursé par la SS	100% des FR		
Contraception	3,50 % du PMSS par an et par bénéficiaire		
Actes médicaux > 120 €	18 €		
Actes de prévention du contrat responsable (arrêté du 8 juin 2006)	Détarfrage annuel complet + vaccinations		

Le secteur non conventionné sera couvert au minimum au Ticket Modérateur.

Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Grille Confort +		Enfants < 18 ans			Adultes			Total	
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Rbt Ass.	Rbt SS	Rbt Ass.	Rbt assureur 2 V + 1 M (*)	Total 2 V + 1 M (*)
Verres Simple Foyer, Sphérique									
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	64,00 €	235,73 €	1,37 €	80,00 €	285,00 €	289,44 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2291089	26,68 €	16,01 €	120,00 €	365,31 €	4,12 €	120,00 €	365,00 €	371,64 €
sphère < -10 ou > +10	2246320, 2273854	44,97 €	26,98 €	136,00 €	419,25 €	7,62 €	152,00 €	429,00 €	439,84 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques									
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	72,00 €	255,21 €	3,66 €	88,00 €	301,00 €	307,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	128,00 €	392,83 €	6,86 €	144,00 €	413,00 €	422,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268885	27,90 €	16,74 €	144,00 €	414,77 €	6,25 €	160,00 €	445,00 €	454,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	160,00 €	469,09 €	9,45 €	176,00 €	477,00 €	490,04 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques									
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	176,00 €	492,31 €	7,32 €	192,00 €	509,00 €	519,48 €
sphère de -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	192,00 €	529,25 €	10,82 €	208,00 €	541,00 €	555,68 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques									
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	192,00 €	529,61 €	10,37 €	208,00 €	541,00 €	555,14 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	208,00 €	569,23 €	24,54 €	224,00 €	573,00 €	604,14 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	75,00 €	75,00 €	2,84 €	125,00 €	125,00 €	125,00 €

(*) Remboursement assureur seulement

Article 2

Le présent article modifie l'article 28.1 du titre VII de la convention collective comme suit :

« Article 28.1

Montant de la cotisation

La cotisation « frais de santé » du régime base prime au profit du salarié seul est égale à :

- 37,29 € par mois (hors taxe spéciale sur les conventions d'assurance) pour le salarié relevant du régime général de la sécurité sociale ;
- 24,20 € par mois (hors taxe spéciale sur les conventions d'assurance) pour le salarié bénéficiaire du régime local d'Alsace-Moselle.

À compter du 1^{er} janvier 2016, la charge de cotisation doit être répartie comme suit :

- 50 % pour l'employeur ;
- 50 % pour le salarié.

La cotisation est révisable par accord paritaire.»

Article 3

Date d'entre en vigueur – agrément

L'article 1^{er} de l'avenant prendra effet le 1^{er} juillet 2015 sous réserve de son agrément conformément aux dispositions de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

L'article 2 de l'avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2016 sous réserve de son agrément conformément aux dispositions de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 4

Extension

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Fait le 12 mai 2015.

Organisations employeurs :

USB-Domicile :

UNADMR, M. Jean-Pierre BORDEREAU, Union nationale des associations ADMR, 184 A, rue du Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris (signé) ;

UNA, M. Yves VEROLLET, Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles, 108-110, rue Saint-Maur, 75011 Paris (signé) ;

ADESSA À DOMICILE FÉDÉRATION NATIONALE, M. Hugues VIDOR, 350, rue Lecourbe, 75015 Paris (signé) ;

FNAAFP-CSF, Mme Claire PERRAULT, Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire, Confédération syndicale des familles, 53, rue Riquet, 75019 Paris ; signé.

Organisations syndicales de salariés :

CFDT, M. Loïc LE NOC, Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux, 48-49, avenue Simon-Bolivar, 75019 Paris (signé) ;

CFE-CGC, M. Claude DUMUR, Fédération française santé-action sociale, 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris (non signataire) ;

CFTC, Mme Aline MOUGENOT, Fédération nationale santé-sociaux, 34, quai de la Loire, 75019 Paris (non signataire) ;

CGT, Mme Maryline CAVAILLE, Fédération nationale des organismes sociaux, 263, rue de Paris, case 536, 93515 Montreuil Cedex (non signataire) ;

CGT-FO, Mme Josette RAGOT, Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière, 7, impasse Tenaille, 75014 Paris (non signataire).

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

Avenant n° 334 du 29 avril 2015 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 nationale 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

L'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014 a complété les dispositions permanentes de la convention collective nationale du 15 mars 1966 par la création d'un article 43 relatif à l'instauration d'un « régime de complémentaire santé » et comportant 4 articles.

Ce régime s'inscrit dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, et se doit de présenter un degré élevé de solidarité, dont les conditions restaient à fixer par décret. Ce décret étant paru le 13 décembre 2014 (décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014), les partenaires sociaux se sont réunis afin d'intégrer au régime conventionnel de complémentaire santé des dispositions en ce sens.

D'autre part, est également paru après la signature de l'avenant n° 328, le décret relatif au cahier des charges du contrat responsable (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014), de sorte que les partenaires sociaux ont décidé de procéder à une mise en conformité immédiate.

Le présent avenant modifie les dispositions de l'avenant 328 de la convention collective nationale du travail du 15 mars 1966.

Article 1^{er}

Modifications apportées à l'article 1^{er}

Il est ajouté à l'article 1^{er} de l'avenant 328 du 1^{er} septembre 2014, « Objet », les dispositions suivantes :

« Le régime conventionnel présente un degré élevé de solidarité, au sens de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de son décret d'application n° 2014-1498 du 11 décembre 2014. À ce titre, sont prévues des prestations à caractère non directement contributif dans les conditions exposées au paragraphe 2 de l'article 3.4.

Le financement du degré élevé de solidarité est fixé à 2 % des cotisations de la base conventionnelle (hors taxes) ; il est créé, à cette fin, un fonds de solidarité dédié.

Ces actions de solidarité bénéficient à l'ensemble des salariés couverts par une garantie frais de santé dans le cadre de la mutualisation auprès des organismes assureurs recommandés.

Les organismes recommandés visés à l'article 3.6 mettent en œuvre ces mesures au profit des salariés et anciens salariés bénéficiaires de la garantie frais de santé dans le cadre de la recommandation. Les entreprises n'adhérant pas au régime recommandé doivent mettre en œuvre ces mesures auprès des organismes assureurs auprès desquels elles organisent la couverture de frais de santé.

La commission paritaire se réserve le droit de contrôler la mise en œuvre des orientations par lesdits organismes assureurs.»

Article 2

Modifications apportées à l'article 3.4

Le paragraphe 2 « Actions sociales » de l'article 3.4 est désormais intitulé « Degré élevé de solidarité », l'intégralité des dispositions de ce paragraphe étant remplacé par ce qui suit :

« Article 3.4 Prestations

2. Degré élevé de solidarité

Au cours de la première année de fonctionnement du régime, les partenaires sociaux décideront des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du degré élevé de solidarité, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui seront identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées au fonds dédié au vu des cotisations versées. Ces actions peuvent prendre la forme suivante :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale), bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- le financement d'actions de prévention ;
- la prise en charge de prestations d'actions sociales au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. La commission paritaire décide alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montants et périodes), des orientations des actions de prévention, des règles de fonctionnement et modalités en matière d'action sociale.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. À cette fin, les organismes assureurs recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.

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

Article 3

Modifications apportées au 3 de l'article 3.1 « Adhésion du salarié » de l'avenant 328

L'article 3.1 de l'avenant 328 en son 3 est modifié comme suit :

« 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 à 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. Pour les CDD et les apprentis, cette demande de dispense devra être formulée dans les trente jours suivant la date d'embauche.

Pour les salariés à temps partiel, cette demande de dispense devra être formulée soit dans les trente jours suivant la date d'embauche soit dans les trente jours suivant le changement de situation (passage à temps partiel ou diminution du temps de travail notamment).

À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

c) Les salariés 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 dans les trente jours suivant leur embauche ou dans les trente jours suivants la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. À défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, 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 d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur, 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 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 complémentaire santé dans les trente jours suivant leur embauche ou dans les trente jours suivant la date à laquelle ils réunissent les conditions pour bénéficier de cette dispense. Ils devront produire tout justificatif requis. 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 4

Tableaux de prestations annexés au régime conventionnel

Les garanties applicables à compter du 1^{er} avril 2015, sous réserve d'agrément, figurent en annexe.

Article 5

Effet et durée du présent avenant

Conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il prendra effet au 1^{er} avril 2015 sous réserve d'agrément.

En tout état de cause, il ne fait pas obstacle aux dispositions de l'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014, qui prévoit que les entreprises disposent d'une période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2016 pour se mettre en conformité avec les obligations correspondantes.

Organisations syndicales d'employeurs :

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

La Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS) (signé);

Organisations syndicales de salariés :

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

La Fédération nationale des syndicats santé et 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 (Solidaires) (non signataire).

TABLEAU DE GARANTIES			
CCN66 Mise en conformité contrats responsables			
Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)			
GRANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base	Base + Option 1	BASE + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie- Hospitalisation signataires du CAS (1) Conventionné	220% BR	220% BR	300% BR
Non-signataires du CAS (2)	200%BR	200%BR	200%BR
Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour: Conventionné	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 2% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
Personne accompagnante: Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 1,5% PMSS	100% FR limité à 3% PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non du CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires du CAS	200% BR	200% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires du CAS	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) signataires du CAS	170% BR	170% BR	170% BR
Actes techniques médicaux Non-Signataires du CAS	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie signataires du CAS	145%BR	145%BR	170%BR
Radiologie Non-signataires du CAS	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
<u>Orthodontie :</u>			
Acceptée par la Ss	300%BR	300%BR	350% BR
Refusée par la Ss	250% BR	250% BR	250% BR
<u>Prothèses dentaires</u> :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 enfants 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 mineur	Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2
ACTES DE PREVENTION			
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

(1) signataire du CAS : praticiens ayant signé le Contrat d'Accès aux soins.

(2) non signataire du CAS : praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux soins.

Il est précisé que pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le Ticket Modérateur est systématiquement couvert.

Grille n°1		mineurs < 18 ans			Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>								
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 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>								
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 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>								
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 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>								
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		Mineurs < 18 ans			Adultes			
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>								
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 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>								
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 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>								
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 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>								
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 €

Il est précisé que dans les grilles, les remboursements assureur s'entendent par verre.

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de douze mois pour les enfants et de vingt-quatre mois pour les adultes suivant l'acquisition du présent équipement.

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

**Avenant n° 2 du 3 avril 2015 au 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), 47-49, 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;

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

D'autre part,

PRÉAMBULE

Le protocole 155 du 4 juillet 2014 son avenant n° 1 ont complété les 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 par la modification de l'article 7-2 du chapitre 7 relatif au « Régime de complémentaire santé ».

Ce régime s'inscrit dans le cadre de l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale, et se doit de présenter un degré élevé de solidarité, dont les conditions restaient à fixer par décret. Ce décret étant paru le 13 décembre 2014 (décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014), les partenaires sociaux se sont réunis afin d'intégrer au régime conventionnel de complémentaire santé des dispositions en ce sens.

D'autre part, est également paru après la signature du protocole 155 et de l'avenant n° 1, le décret relatif au cahier des charges du contrat responsable (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014), de sorte que les partenaires sociaux ont décidé de procéder à une mise en conformité immédiate conformément à l'article 7.2.6-1 du protocole 155 des accords collectifs CHRS.

« Article 1^{er}

Ajout à l'article 7-2 du chapitre 7 des accords collectifs CHRS

L'article 7.2.9 « Degré élevé de solidarité » est créé et rédigé de la façon suivante :

« Article 7.2.9

Degré élevé de solidarité

« Au cours de la première année de fonctionnement du régime, les partenaires sociaux décideront des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du degré élevé de solidarité, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui seront identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées au fonds dédié au vu des cotisations versées. Ces actions peuvent prendre la forme suivante :

- la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis (part salariale), bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, ainsi que ceux dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute;
- le financement d'actions de prévention;
- la prise en charge de prestations d'actions sociales au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle.

Tout ou partie de ces mesures peuvent être retenues. Les partenaires sociaux décident alors des conditions de prise en charge de cotisations (salariés bénéficiaires, montant et périodes), des orientations des actions de prévention, des règles de fonctionnement et modalités en matière d'action sociale.

Les partenaires sociaux procèdent aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime. À cette fin, les organismes recommandés communiquent les éléments statistiques relatifs aux salariés ayant bénéficié de ces actions ou susceptibles d'en bénéficier, ainsi que la situation financière du fonds de solidarité.

Quelles que soient les décisions prises, l'octroi effectif des mesures de solidarité est subordonné à la disponibilité des fonds pour les financer.»

Article 2

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

Les prestations figurant en annexe du présent avenant sont définies conformément aux décrets n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 et n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 pour garantir le caractère « responsable ».

Article 3

Effet et durée

Conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il prendra effet le 1^{er} avril 2015 sauf les dispositions de l'article 2 qui prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Fait le 3 avril 2015.

Organisation syndicale d'employeurs :

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

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 française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC) (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	
Frais de séjour	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgie Hors CAS (1)	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgie CAS (2)	170% BR
Non conventionnée (3)	Non couvert
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait actes lourds	Couverture au frais réels
Chambre particulière par jour	
Conventionnée	100 % des FR dans la limite de 1% du PMSS
Non conventionnée	Non couvert
Personne accompagnante	
Conventionnée	100 % des FR, dans la limite de 1% du PMSS
Non conventionnée	Non couvert
Frais médicaux	
Consultations - visites Généralistes Hors CAS	100% BR
Consultations - visites Généralistes CAS	100% BR
Consultations - visites Spécialistes Hors CAS	150% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	170% BR
Pharmacie	100% BR
Vaccins non remboursés par la SS	Non couvert
Analyses	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors CAS	125% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	145% BR
Radiologie Hors CAS	100% BR
Radiologie CAS	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	
Acceptée par la Ss	200% BR
Refusée par la Ss	Non couvert
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)	200% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	150% BR
Inlays-cores	150% BR
Non remboursées par la Ss	Non couvert
Parodontologie	Non couvert
Implantologie	Non couvert
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
Chirurgie réfractive	Non couvert

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée

Frais de Cures thermales (hors thalassothérapie)	
Acceptée par Ss	Non couvert
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur)	
Reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels	Non couvert
Ostéodensitométrie osseuse	
Par bénéficiaire	Non couvert
Prévention	
Tous les actes des contrats responsables	100% BR

(1) Hors CAS : praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux soins

(2) CAS : praticiens ayant signé le Contrat d'Accès aux soins

(3) Pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le Ticket Modérateur est systématiquement couvert

ANNEXE

GARANTIES COLLECTIVES DU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : BASE + OPTION 1

Remboursement total dans la limite des frais réels remboursement de la Sécurité Sociale inclus	
Frais d'hospitalisation	
Chirurgie - Hospitalisation	
Frais de séjour	250%BR
Honoraires médicaux et chirurgie Hors CAS (1)	200% BR
Honoraires médicaux et chirurgie CAS (2)	250% BR
Non conventionnée (3)	Non couvert
Forfait hospitalier	Couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait actes lourds	Couverture au frais réels
Chambre particulière par jour	
Conventionnée	100 % des FR dans la limite de 2% du PMSS
Non conventionnée	Non couvert
Personne accompagnante	
Conventionnée	100 % des FR, dans la limite de 1% du PMSS
Non conventionnée	Non couvert
Frais médicaux	
Consultations - visites Généralistes Hors CAS	
Consultations - visites Généralistes CAS	120% BR
Consultations - visites Spécialistes Hors CAS	140% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	170% BR
Pharmacie	190% BR
Vaccins non remboursés par la SS	100% BR
Analyses	Non couvert
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors CAS	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	125% BR
Radiologie Hors CAS	145% BR
Radiologie CAS	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR
Prothèses Auditives	150% BR
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR + 10% du PMSS par oreille /2 oreilles par an max
100% BR	
Dentaire	
Soins dentaires	
Orthodontie	100% BR
Acceptée par la Ss	
Refusée par la Ss	200% BR
Prothèses dentaires : 3 prothèses par an et par bénéficiaire maximum, et au-delà la garantie est limitée au panier de soins.	Non Couvert
Remboursées par la Ss : dents du sourire (incisives, canines, prémolaires)	300% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	200% BR
Inlays-cores	250% BR
Non remboursées par la Ss	Non couvert
Implantologie	Non couvert
Parodontologie	Non couvert
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
Lentilles prescrites : Acceptées, refusées, jetables	5% du PMSS
Chirurgie réfractive	Non couverte

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée

Frais de Cures thermales (hors thalassothérapie)	
Acceptée par Ss	5 % du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etlopathie, Acuponcteur)	
Reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels	3 X 25€ par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	
Par bénéficiaire	Non couvert
Prévention	
Tous les actes des contrats responsables	100% BR
Patch anti-tabac	2 % PMSS par an et par bénéficiaire

(1) Hors CAS : praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux soins

(2) CAS : praticiens ayant signé le Contrat d'Accès aux soins

(3) Pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le Ticket Modérateur est systématiquement couvert

GARANTIES COLLECTIVES DU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ : BASE + OPTION 2

Remboursement total dans la limite des frais réels remboursement de la Sécurité Sociale inclus	
Frais d'hospitalisation	
Chirurgie – Hospitalisation	
Frais de séjour	250% BR
Honoraires médicaux et chirurgie Hors CAS (1)	200% BR
Honoraires médicaux et chirurgie CAS (2)	250% BR
Non conventionnée (3)	90% des FR dans la limite de 200% de la BR reconstituée
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait actes lourds	Couverture au frais réels
Chambre particulière par jour	
Conventionnée	100 % des FR dans la limite de 2% du PMSS
Non conventionnée	100 % des FR dans la limite de 3% du PMSS
Personne accompagnante	
Conventionnée	100 % des FR, dans la limite de 1% du PMSS
Non conventionnée	100 % des FR, dans la limite de 1,5% du PMSS
Frais médicaux	
Consultations - visites Généralistes Hors CAS	
Consultations - visites Généralistes CAS	200% BR
Consultations - visites Spécialistes Hors CAS	200% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	300% BR
Pharmacie	100% BR
Vaccins non remboursés par la SS	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	175% BR
Auxiliaires médicaux	175% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors CAS	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	220% BR
Radiologie Hors CAS	175% BR
Radiologie CAS	195% BR
Orthopédie et autres prothèses	250% BR
Prothèses Auditives	100% BR + 20% du PMSS par oreille /2 oreilles par an max
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Orthodontie	
Acceptée par la Ss	300% BR
Refusée par la Ss	250% BR
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)	400% BR
Remboursées par la Ss : dents de fond de bouche	300% BR
Inlays-cores	330% BR
Non remboursées par la Ss	12% PMSS par an et par bénéficiaire
Parodontologie	5% PMSS par an et par bénéficiaire
Implantologie	12% PMSS par an et par bénéficiaire
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°3
Lentilles prescrites : Acceptées, refusées, jetables	9% du PMSS
Chirurgie réfractive	10% du PMSS

* Les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Frais de Cures thermales (hors thalassothérapie)	
Acceptée par Ss	10% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur)	
Reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels	5 x 50€ par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse	
Par bénéficiaire	100€ par an
Prévention	
Tous les actes des contrats responsables	100% BR
Patch anti-tabac	4% PMSS par an par bénéficiaire

(1) Hors CAS : praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux soins

(2) CAS : praticiens ayant signé le Contrat d'Accès aux soins

(3) Pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le Ticket Modérateur est systématiquement couvert

Grille n°1 (régime de base) Type de Verre	Mineurs < 18 ans			Adultes		
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt Ass.
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	Mineurs < 18 ans			Adultes		
	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt Ass.
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) Type de Verre	Mineurs < 18 ans				Adultes			
	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 €

Dans les 3 grilles optiques, les remboursements assureur (Rbt Ass.) s'entendent par verre.

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de douze mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

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

**Avenant n° 3 du 26 juin 2015 au 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), 47-49, 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;

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

D'autre part,

PRÉAMBULE

Afin de prendre en compte des changements de situation pour des salariés affiliés pouvant bénéficier des cas de dispense de l'article 7.2.3-3 du protocole 155 des accords collectifs CHRS, conformément à l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale, les modifications suivantes sont apportées au texte du protocole 155 du 4 juillet 2014.

Article 1^{er}

Modification de l'article 7.2.3 du chapitre 7 des accords collectifs CHRS

Seul le paragraphe 3 de l'article 7.2.3 « Adhésion des salariés » fait l'objet de modifications dans le cadre du présent avenant. Il est rédigé de la manière suivante :

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.

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.

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de leur embauche. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel, date à laquelle 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.

Les cas de dispense d'affiliation au régime de complémentaire santé ci-dessus doivent être sollicités par écrit par le salarié avant le 20 du mois civil suivant la date d'embauche ou avant la date à laquelle il doit être affilié de manière obligatoire (7.2.3-1 « Définition des bénéficiaires »). Pour les cas de dispense *b*, *c* et *e* ci-dessus, le salarié déjà affilié peut les solliciter, par écrit, avant le 20 du mois civil suivant la date où il réunit les conditions pour en bénéficier pour une prise d'effet le 1^{er} du mois civil suivant. Pour l'ensemble des cas de dispense ci-dessus, les justificatifs requis doivent être produits par les salariés pour pouvoir en bénéficier. À défaut d'écrit ou de justificatif, ils seront affiliés de manière obligatoire.

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 l'article R. 242-1-6 (2^o) du code de la sécurité sociale et les éventuels autres textes législatifs et réglementaires à paraître le cas échéant, en concertation avec les instances représentatives du personnel et dans les conditions prévues par ces textes.

Article 2

Effet et formalités

Conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Fait le 26 juin 2015.

Organisation syndicale d'employeurs :

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

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

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° 157 du 26 juin 2015 modifiant l'annexe 2 conventionnelle relative aux ateliers et chantiers d'insertion (ACI) dans les accords collectifs CHRS

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), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19;

La Fédération des syndicats santé et 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;

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

D'autre part,

PRÉAMBULE

Par accord du 4 juin 2008, les partenaires sociaux des accords collectifs CHRS ont conclu le protocole 147 créant une annexe 2 relative aux ateliers et chantiers d'insertion (ACI) dans les accords collectifs CHRS. Cette annexe prévoit l'application de certaines dispositions conventionnelles aux salariés en insertion des ACI.

Après la conclusion de ce protocole, les partenaires sociaux se sont accordés pour mettre en place une protection sociale complémentaire (régimes de prévoyance et de complémentaire santé). Afin que les salariés en insertion des ACI puissent bénéficier de ces régimes, les partenaires sociaux ont souhaité élargir l'application de certaines dispositions des accords collectifs.

Pour tenir compte de ces évolutions, les soussignés ont décidé de procéder à la révision de l'annexe 2 des accords collectifs CHRS et, en conséquence, d'ouvrir une négociation pour adapter le cadre conventionnel applicable aux salariés en insertion titulaires d'un contrat de travail accueillis dans les ateliers et chantiers d'insertion.

Ils ont convenu, à l'issue de leur négociation, de conclure le présent accord valant avenant de révision à l'annexe 2 des accords collectifs CHRS, aux conditions ci-après.

Article 1^{er}

L'article 2 de l'annexe 2 « Dispositions générales conventionnelles applicables » est annulé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les salariés en insertion accueillis dans les ateliers et chantiers d'insertion bénéficient des dispositions conventionnelles ci-après :

Article 3.6. – Conditions générales de discipline

Article 3.7. – Absences

Article 4.5. – Durée quotidienne du travail

Article 4.6. – Pauses

Article 4.7. – Durée ininterrompue de repos entre deux journées de travail

Article 4.8. – Conditions de travail

Article 4.9. – Réduction du temps de travail des femmes enceintes

Article 4.10. – Repos hebdomadaire

Article 6.4. – Frais professionnels

Article 6.5. – Frais de transport

Article 7.1. – Prévoyance

Article 7.2. – Complémentaire frais de santé

Article 8.7. – Participation des employeurs à la formation continue

Article 9.4. – Congés familiaux et exceptionnels.»

Article 2

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Conformément aux dispositions de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Fait le 26 juin 2015.

Organisation syndicale d'employeurs :

Le Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS) (signé) ;

Organisations syndicales de salariés :

La Fédération des services santé et sociaux (CFDT) (signé) ;

La Fédération des syndicats santé et sociaux (CFTC) (signé) ;

La Fédération française des professions de santé, et de l'action sociale (CFE-CGC) (signé) ;

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

La Fédération nationale solidaires Sud santé-sociaux (Solidaires) (non signataire).