NEGOCE ET SERVICE MEDICO TECHNIQUE

ACCORD DE BRANCHE RELATIF A LA COUVERTURE DE FRAIS DE SANTE DU 25 SEPTEMBRE 2020

7 OCTOBRE 2020

ACCORD DE BRANCHE RELATIF A LA COUVERTURE DE FRAIS DE SANTE DU 25 SEPTEMBRE 2020

Entre les soussignées :

Les organisations professionnelles d'employeurs :

- La Fédération des PSAD (FEDEPSAD)
- L'Union Nationale des Prestataires de Dispositifs Médicaux (UNPDM)

D'une part,

Et

Les organisations représentatives de salariés :

- La Fédération des services CFDT
- La Fédération Santé et Sociaux CFTC
- La Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce & Services CFE-CGC
- L'Union Nationale des Syndicats Autonomes Commerce et Services UNSA
- La Fédération Nationale des Industries Chimiques CGT
- La Fédération des Employés et Cadres CGT-FO

D'autre part,

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

PREAMBULE

Cet accord, annule et remplace l'Accord du 2 décembre 2015 et ses avenants. Par cet accord, les partenaires sociaux réaffirment leur attachement au principe d'organisation d'une couverture de remboursement frais de santé au niveau de la branche, en instaurant un cadre général de garanties de frais de santé.
Ces garanties revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés de la branche du négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques (IDCC 1982).
Suivant les dispositions de l'article L.2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent accord vise à définir la complémentaire santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce, quel que soit l'effectif de leur entreprise.

	Heidi GRANDO HG	Brigitte GOHLER		Didier BOURDON	Michel BRAQUET		Audrey ROSELLINI
FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

Article 1er Objet et champ d'application 4
Article 2 Bénéficiaires de la couverture frais de santé de branche et dispenses d'affiliation 4
Article 2-1 Bénéficiaires de la couverture frais de santé 4
Article 2-2 Dispenses d'affiliation 4
Article 2-2 Couverture à titre facultatif des ayants-droit du salarié 4
Article 3 Garanties de la couverture frais de santé 5
Article 3- 1 Tableaux de garanties Frais de santé socle et optionnel 5
a) Régime Socle obligatoire 5
1. Abréviations 5
2. Hospitalisation 7
3. Transport 7
4. Soins courants 8
5. Aides auditives 9
6. Dentaire 10
7. Optique 11
8. Grille optique « verres de classe B » 15
9. Autres frais 16
b) Régime Surcomplémentaire « Option » 17
1. Abréviations 17
2. Hospitalisation 18
3. Transport 18
4. Soins courants 19
5. Aides auditives 20
6. Dentaire 21
7. Optique 22
8. Grille optique « verres de classe B » 26
9. Autres frais 27
Article 3-2 Limites et exclusions de garanties 27
Article 3-3 Couverture assistance santé 27
Article 4 Maintien des garanties de la couverture frais de santé au titre de la portabilité 28
Article 5 Maintien des garanties de la couverture frais de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou aux ayants-droit 28
Article 6 Suspension de contrat de travail 29
Article 6.1 Suspension du contrat de travail non indemnisée 29
Article 6.2 Suspension du contrat de travail indemnisée 29
Alexandra DUVAUCHELLE Heidi GRANDO Brigitte GOHIER Didier BOURDON Michel BRAQUET Audrey ROSELLINI
Article 7 Financement minimal du régime professionnel de santé par l'employeur 29

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

Article 8 Degré élevé de Solidarité 29
Article 9 Formalisation et conformité de la couverture au niveau de l'entreprise 29
Article 10 Durée de l'accord 30
Article 11 Entrée en vigueur de l'accord 30
Article 12 Notification – Dépôt – Extension 30

Heidi GRANDO

Didier BOURDON

Michel BRACQUET

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

Article 1er Objet et champ d'application

Le présent accord instaure un niveau de couverture frais de santé au bénéfice de l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ territorial et professionnel de la convention collective du négoce et des prestations de service dans les domaines médico-techniques (IDCC 1982).
Il définit le niveau de remboursement des frais de santé des salariés de la branche ainsi que la répartition employeurs-salarié des cotisations et le principe de la solidarité professionnelle de cette couverture via le degré élevé de solidarité.
Les entreprises au sens du présent accord s'entendent des entreprises dont l'activité principale relève du champ d'application professionnel de la convention collective, tel que défini par l'article 1er de la convention.

Article 2 Bénéficiaires de la couverture frais de santé de branche et dispenses d'affiliation

Article 2-1 Bénéficiaires de la couverture frais de santé

L'ensemble des salariés des entreprises relevant du champ d'application du présent accord, bénéficient à titre obligatoire, de la couverture définie par le présent accord, et ce, dès leur date d'embauche.

Article 2-2 Dispenses d'affiliation

Tous les salariés sont tenus de cotiser à la couverture frais de santé de l'entreprise.
Néanmoins, les salariés justifiant se trouver dans un des cas prévus aux article L911-7, L911-7-1 et D 911-2 du Code de la Sécurité Sociale, peuvent demander, par écrit, à leur employeur, une dispense d'affiliation.
Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur l'adhésion à la garantie frais de santé.
En tout état de cause, ces salariés sont tenus d'adhérer et de cotiser à la couverture frais de santé lorsqu'ils cessent de justifier de leur situation.

Article 2-2 Couverture à titre facultatif des ayants-droit du salarié

La couverture frais de santé doit prévoir la possibilité pour le salarié de couvrir ses ayants-droit.
L'affiliation des ayants droit étant facultative, le salarié peut étendre la couverture garantie frais de santé dont il bénéficie :

- à son conjoint, concubin ou pacsé
  et /ou
- à son (ses) enfants à charge,

Sont considérés comme ayants droit du participant bénéficiaire :

- le conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civile de Solidarité (PACS),
- la personne vivant en concubinage avec le participant (conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple),
- les enfants à charge du participant, à savoir :
  - les enfants du participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfont à l'une des conditions suivantes :
    - être âgés de moins de18 ans (et ne pas exercer d'activité professionnelle) et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la législation sécurité sociale du participant de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,

Heidi GRANDO

- être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
- être à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au pôle emploi,
- Ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
- Ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- être âgés de moins de 28 ans , (et ne pas exercer d'activité professionnelle), reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice en raison notamment d'une invalidité, dès lors que cette dernière ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Les ayants droit du salarié bénéficient obligatoirement du même niveau de garanties que le salarié.
Les cotisations appelées à ce titre sont à la charge du salarié.

Article 3 Garanties de la couverture frais de santé

Le salarié bénéficie a minima du niveau de remboursement santé socle obligatoire prévu par le présent accord qui comprend des actes de prévention, mais doit également inclure une garantie assistance santé.

Au-delà de ce niveau socle obligatoire couvrant le seul salarié, indépendamment d'un autre choix d'option supplémentaire par l'entreprise auprès de son organisme assureur, les partenaires sociaux ont défini une option venant améliorer le niveau de remboursement santé du salarié, détaillée à l'article 3-1.
Cette option peut être mise en place à titre obligatoire par l'employeur pour tous ses salariés ou à titre facultatif au choix du salarié, toujours dans le cadre d'une adhésion collective facultative.

Article 3- 1 Tableaux de garanties Frais de santé socle et optionnel

a) Régime Socle obligatoire

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

1. Abréviations

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique
- € : Euro

Didier BOURDON Michel BRAUNET Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

	Hervé GRANDO	Brigitte COMER		Didier BOURDON	Michel BRACQUET		Audrey ROSELLINI
FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

2. Hospitalisation

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		150 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	150 % BR 130 % BR	
Chambre particulière		80 € par jour	
Frais d'accompagnement			
Personne accompagnante du bénéficiaire du contrat (sur présentation d'un justificatif)		32 € par jour	

3. Transport

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

	Heidi GRANDO	Brigitte GONIER		Didier BOURDON	Michel BRACQUET		Audrey ROSELLINI
FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

4. Soins courants

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux		
▶ **Remboursés SS**		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérent DPTM Non adhérents DPTM	150 % BR 125 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	150 % BR 125 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	150 % BR 125 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	150 % BR 125 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		150 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments		
▶ **Remboursés SS**		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)		
▶ **Remboursée SS**		100 % BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		200 % BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR

5. Aides auditives

AIDES AUDITIVES			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)			
Aides auditives de Classe I	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV (**)	
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire		
Equipements libres (***)			
Aides auditives de classe II	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	120 % BR (**)	
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	200 % BR (**)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)		100 % BR	

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la règlementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même règlementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).
(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

Heidi GRANDO Brigitte GOHIER Didier BOURDON Michel BRAQUET Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

6. Dentaire

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
▶ **Panier maitrisé (**)**		
Inlay, onlay	250 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	250 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	250 % BR dans la limite des HLF	
▶ **Panier libre (***)**		
Inlay, onlay	250 % BR	
Inlay core	250 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	250 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	Néant	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

7. Optique

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	
Equipements libres (***)		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verre simple de classe B (quel que soit l'âge) (**)	78 €	
Verre complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	127 €	
Verre très complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	168 €	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	

Didier BOURDON Michel BRAQUET

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées ou non par la SS	Crédit de 159 € par année civile (au minimum 100 % BR)	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 254 € pour les deux yeux par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;

Didier BOUKOBZA Michael BRAQUET Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- *une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.*
- *une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.*

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Alexandre DUMUCHELLE Heidi GRANDO Brigitte COHIER Didier BOURDON Michel BRAQUET Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

8. Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	TYPE DE VERRE
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	SIMPLE
		SPH < à -6 ou > à + 6	COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	SIMPLE
		SPH > 0 et S ≤ + 6	SIMPLE
		SPH > 0 et S > + 6	COMPLEXE
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	COMPLEXE
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	COMPLEXE
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	COMPLEXE
		SPH < à -4 ou > à + 4	TRES COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	COMPLEXE
		SPH > 0 et S ≤ + 8	COMPLEXE
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	TRES COMPLEXE
		SPH > 0 et S > + 8	TRES COMPLEXE
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	TRES COMPLEXE

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Heidi GRANDO Brigitte GONIER Didier BOURDON Michel BRACHET

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

9. Autres frais

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Actes hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, sevrage tabagique, moyens contraceptifs et vaccins prescrits mais non remboursés SS (par personne)	100 % FR limité à 60 € par année civile
Autres actes	
Forfait maternité / adoption	317 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	100 % BR

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Heidi GRANDO Brigitte GONTIER Didier BOURDON Michel BRAQUET Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

b) Régime Surcomplémentaire « Option »

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale et celles versées par le régime dit « base conventionnelle obligatoire », dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les prestations prévues dans le cadre du présent contrat sont versées sous déduction de celles servies au titre du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé dit « base conventionnelle obligatoire ».

1. Abréviations

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

Didier BOURDON Michel BRAQUET

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

2. Hospitalisation

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		300 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	300 % BR 200 % BR	
Chambre particulière		80 € par jour	
Frais d'accompagnement			
Personne accompagnante du bénéficiaire du contrat (sur présentation d'un justificatif)		32 par jour	

3. Transport

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

Alexandra DUVAUCHELLE Heidi GRANDO Brigitte GOHIER Didier BOURDON Michel BRAQUET Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

4. Soins courants

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux		
▶ **Remboursés SS**		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	200 % BR 150 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	200 % BR 150 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	200 % BR 150 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM Non adhérents DPTM	200 % BR 150 % BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		150 % BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100 % BR
Médicaments :		
▶ **Remboursés SS**		100 % BR
Pharmacie (hors médicaments)		
▶ **Remboursée SS**		100 % BR
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		200 % BR
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % BR

Heidi GRANDO Brigitte GONIER Didier BOURDON Michel BRAQUET

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

5. Aides auditives

AIDES AUDITIVES			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)			
Aides auditives de Classe I	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV (**)	
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire		
Equipements libres (***)			
Aides auditives de classe II	Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	120 % BR (**)	
	Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	425 % BR (**)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (****)		100 % BR	

(*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(**) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).
(***) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la règlementation en vigueur relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même règlementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).
(****) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

6. Dentaire

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
▶ **Panier maitrisé (**)**		
Inlay, onlay	350 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	350 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR dans la limite des HLF	
▶ **Panier libre (***)**		
Inlay, onlay	350 % BR	
Inlay core	350 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	350 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	Crédit de 508 € par année civile	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.
(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.
(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

FEDEPSAD | UNPDM | CFDT | CFTC | CFE CGC | UNSA | CGT | CGT FO

7. Optique

Cas Optique 1 – gestion directe

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*)		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV	
Equipements libres (***)		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verre simple de classe B (quel que soit l'âge) (**)	110 €	
Verre complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	189 €	
Verre très complexe de classe B (quel que soit l'âge) (**)	268 €	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100 % BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	

Alexandra DUVOUCHELLE Heidi GRANDO Brigitte GONZER Didier BOURDON Michel BRACHET Audrey ROSSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées ou non par la SS	Crédit de 222 € par année civile (au minimum 100 % BR)	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Forfait de 381 € pour les deux yeux par année civile	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les

différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :
- *une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.*
- *une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.*

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

8. Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	TYPE DE VERRE
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	SIMPLE
		SPH < à -6 ou > à + 6	COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	SIMPLE
		SPH > 0 et S ≤ + 6	SIMPLE
		SPH > 0 et S > + 6	COMPLEXE
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	COMPLEXE
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	COMPLEXE
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	COMPLEXE
		SPH < à -4 ou > à + 4	TRES COMPLEXE
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	COMPLEXE
		SPH > 0 et S ≤ + 8	COMPLEXE
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	TRES COMPLEXE
		SPH > 0 et S > + 8	TRES COMPLEXE
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	TRES COMPLEXE

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

9. Autres frais

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Actes hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, sevrage tabagique, moyens contraceptifs et vaccins prescrits mais non remboursés SS (par personne)	100 % FR limité à 120 € par année civile
Autres actes	
Forfait maternité / adoption	476 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	317 € (y compris 100 % BR du régime de BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE)

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Article 3-2 Limites et exclusions de garanties

La couverture santé telle que définie précédemment ne peut s'appliquer en cas de dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.
Par ailleurs, elle doit respecter les conditions énumérées à l'article L871-1 du code de sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.
En outre, sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus par les tableaux de garanties.
Le total de remboursement du régime de base de la sécurité sociale, du présent dispositif complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 3-3 Couverture assistance santé

Une couverture assistance santé au bénéfice des salariés et des ayants-droit est incluse dans la couverture santé.

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO
	Heidi GRANDO	Brigitte GOHIER		Didier BOURDON	Michel BRAQUET MB		Audrey ROSELLINI

Article 4 Maintien des garanties de la couverture frais de santé au titre de la portabilité

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés couverts par le présent régime bénéficient, sans contrepartie de cotisation, du maintien temporaire de la couverture collective de ce régime complémentaire de frais de santé mis en œuvre au moyen du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise, communément appelé « Portabilité », en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.
Le maintien des garanties frais de santé au bénéfice de l'ancien salarié correspond à celles en vigueur dans l'entreprise ; le mécanisme de portabilité étant financé par mutualisation. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.
L'employeur signalera le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et devra informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

Article 5 Maintien des garanties de la couverture frais de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou aux ayants-droit

Dans le respect de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite « Loi EVIN ») et de ses décrets d'application, les garanties peuvent être maintenues, à titre individuel et facultatif, sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux 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, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail.
  - Les anciens salariés visés ci-dessus mais ayant bénéficié du « dispositif de portabilité », pourront en faire la demande dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient du maintien des garanties au titre du dispositif de « portabilité ».

- des ayants droit du participant décédé, pendant une durée minimale de 12 mois suivant le décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande expressément dans les 6 mois suivant le décès.
  - Dans ce cas, les ayants droit du participant décédé pourront continuer à bénéficier du régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, moyennant paiement d'une cotisation correspondante.

Les prestations maintenues doivent être identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Heidi GRANDO | Brigitte GONTIER | Didier BOURDON | Michel BRACHET | Audrey ROSELLINI

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

Article 6 Suspension de contrat de travail

Article 6.1 Suspension du contrat de travail non indemnisée

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés non rémunérés, ni indemnisés, dont le contrat de travail est suspendu.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Cependant, à la demande du salarié, les garanties du présent régime peuvent lui être maintenues, en contrepartie du paiement de la cotisation totale (part patronale et part salarié) prévue pour le salarié en activité.

Article 6.2 Suspension du contrat de travail indemnisée

Le bénéfice des garanties est en revanche maintenu, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire,
- soit d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalière ou pension d'invalidité) financée au moins pour partie par l'employeur, qu'elle soit versée directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

  Dans ce cas, l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes (salariales et patronales) pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Article 7 Financement minimal du régime professionnel de santé par l'employeur

Le financement de la cotisation santé socle du salarié est réparti de la manière suivante :

- 60 % à la charge de l'employeur ;
- et 40 % à la charge des salariés.

Article 8 Degré élevé de Solidarité

La couverture santé souscrite par l'entreprise doit consacrer 2% de ses cotisations au financement d'actions relatives au degré élevé de solidarité, et prévoir, au bénéfice des salariés, des actions de prévention, des prestations d'action sociale dédiées ou de financement d'actions non contributives.

Article 9 Formalisation et conformité de la couverture au niveau de l'entreprise

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord doivent formaliser par un acte de droit du travail la mise en œuvre de la complémentaire santé au profit des salariés de l'entreprise prévue par le présent accord.

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

La mise en place de ce régime professionnel de santé peut se faire au choix de l'entreprise dans les conditions posées à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale :

- soit par la conclusion d'un accord collectif,
- soit par la ratification, à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit par décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé, lorsque celle-ci met en œuvre un régime identique ou plus favorable que celui résultant du présent accord.

Article 10 Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux règles prévues par le Code du travail.

Article 11 Entrée en vigueur de l'accord

Le présent accord entre en vigueur au 1er janvier 2021 et annule et remplace l'Accord du 2 décembre 2015 et ses avenants à compter de cette date.

Article 12 Notification – Dépôt – Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives, et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et, à défaut d'opposition, il sera procédé, dans les meilleurs délais aux formalités légales, en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Heidi GRANDO Didier BOURDON Michel BRAQUET

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO

Fait à Paris, en 12 exemplaires originaux, le 25 septembre 2020

Pour la FEDEPSAD représentée par Alexandra DUVAUCHELLE Signé et certifié par yousign	Pour la Fédération des Services CFDT représentée par Brigitte GOHIER Signé et certifié par yousign
Pour l'UNPDM représentée par Heidi GRANDO Signé et certifié par yousign	Pour la Fédération des Employés et Cadres CGT-FO représentée par Audrey ROSELLINI Signé et certifié par yousign
	Pour la Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce et des Services CFE/CGC représentée par Didier BOURDON Signé et certifié par yousign
	Pour l'UNSA Commerce et Services représentée par Michel BRAQUET Signé et certifié par yousign
	Pour la Fédération CFTC Santé et Sociaux représentée par
	Pour la Fédération Nationale des Industries Chimiques CGT représentée par

FEDEPSAD	UNPDM	CFDT	CFTC	CFE CGC	UNSA	CGT	CGT FO