

AVENANT n°52 À LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ORGANISMES ET SERVICES POUR JEUNES TRAVAILLEURS DU 16 JUILLET 2003

Relatif aux régimes de prévoyance et frais de santé

Préambule

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2020, les dispositions relatives aux garanties Frais de Santé de la Convention Collective Nationale des Organismes et Services pour Jeunes Travailleurs du 16 juillet 2003.

Il intègre les dispositions du décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité Sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

Article 1 : Champ d'application

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises de la Branche des Foyers et Services pour Jeunes Travailleurs.

Compte-tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent accord s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

Article 2 : Prestations

Les dispositions de l'article 18.2 intitulé « Nature des garanties » sont annulées et remplacées comme suit.

18.2 – Nature des garanties

Les présentes Garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par les articles L.871-1 et ses textes d'application. Elles sont également conformes aux dispositions de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité Sociale et à ses leurs textes d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le « 100% Santé ».

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française, lorsqu'elle intervient. Sauf pour les forfaits verres et monture qui s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Dans tous les cas, les prestations sont versées sans la limite des frais réels engagés.

HOSPITALISATION (1)

En établissement conventionné ou non

Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % TM
	En établissement non conventionné	100 % TM
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM
Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100% DE
Chambre particulière (3) Non remboursée par la Sécurité sociale	y compris maternité	1,3 % PMSS / jour
Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	Bénéficiaire dont l'âge est < à 15 ans	1,3 % PMSS par nuitée

DENTAIRE

Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (5)
Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	300% du montant remboursé par la SS
	Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	300% du montant remboursé par la SS 86 € par acte
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	300% du montant remboursé par la SS
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	300% du montant remboursé par la SS
	Prothèses dentaires non remboursées * par la Sécurité sociale (par acte) *Liste des prothèses non remboursés définie aux Conditions Générales	226 € /acte
Implant	Implantologie	452 € / implant
Orthodontie	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	300% du montant remboursé par la SS 406 € par semestre

OPTIQUE (7)

Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situations médicales particulières pour les verres précisées dans les CG)

Équipement 100 % Santé** (classe A***)	y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (6)
	y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (6)
		sans reste à payer (6)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B***)	par verre *****	Selon la grille optique
Maximum 100€ y compris remboursement de la Sécurité sociale pour la monture	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	100 € *****
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	65 € *****

Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	Définies dans les CG	100% BR dans la limite des PLV
Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	100% TM + 5 % du PMSS par an et par bénéficiaire

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (par oreille)

Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 % TM
À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Équipement 100 % Santé** (classe I****)		sans reste à payer (6)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	100 % TM
Accessoires et fournitures		100 % TM

SOINS COURANTS (auprès d'un professionnel conventionné ou non)

Honoraires médicaux		
Consultation / visite / consultation en ligne		
chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100% DE
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % TM 100 % TM
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM
Ostéodensitométrie osseuse		100 % TM
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % TM
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100 % TM
Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100 % TM
Médicaments	remboursés par la sécurité sociale	100 % TM

PREVENTION

Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale (8)		Pris en charge
---	--	----------------

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).
*** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

**** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

******* Voir la liste réglementaire des options des listes A et des listes B dans les Conditions générales.

******** Voir la liste réglementaire des options des listes I et des listes II dans les Conditions générales.

********* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(7) La période de renouvellement n'est pas opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale.

(8) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

Grille Optique

Verres	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement assureur y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
			Montant en € par verre	
			par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	65 €	45 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	80 €	70 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	75 €	55 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	75 €	55 €
		SPH > 0 et S > + 6	95 €	75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	95 €	75 €
	SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	95 €	75 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	130 €	90 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	110 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	140 €	100 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	140 €	100 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	160 €	120 €
		SPH > 0 et S > + 8	160 €	120 €
	SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	160 €	120 €	

Article 3 : Durée et Date d'application

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur **au 1er janvier 2020**.

Le présent avenant est signé à durée indéterminée.

Article 4 : Dépôt

Le présent avenant fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L.2231-6 et D.2231-2 du Code du travail, auprès des services du Ministre chargé du travail.

Les parties signataires conviennent de demander l'extension dans les conditions fixées par les articles L.2261-24 et L.2261-25 du Code du Travail.

Article 5 : Révision, dénonciation

Le présent avenant pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Fait à Paris, le 26 Septembre 2019 :

Le Conseil National des Employeurs d'Avenir (CNEA) David CLUZEAU	SNEPAT-FO : Denis LANGLOIS
La Fédération CFDT de santé et services sociaux (C.F.D.T.) : Eric HOUBLOUP	L'union nationale des syndicats CGT des salariés des foyers et services pour jeunes travailleurs (UNS.CGT.FJT) : Nadre TLEMCANI