

Avenant
**Avenant du 11 décembre 2018 à l'accord du 19 novembre 2015 relatif au régime
obligatoire des frais de santé**

Préambule

Dans le cadre des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les signataires de l'accord frais de santé, du 19 novembre 2015, de la convention collective nationale des personnels des organismes de formation ont notamment instauré des garanties présentant un degré élevé de solidarité.

Pour autant, les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en vue de préciser les garanties présentant un degré élevé de solidarité et d'intégrer au tableau de garanties du régime frais de santé les actions non contributives définies aux dispositions de l'article 9, afin de parfaire leur lisibilité et, en conséquence, améliorer le recours aux prestations mises en place.

Le présent avenant réitère ainsi, au sein du tableau de garanties, l'obligation née de l'accord frais de santé qui impose à la totalité des employeurs de la branche – quel que soit l'assureur (recommandé ou non recommandé) auprès duquel ils souscrivent un contrat – de prévoir un contrat collectif d'assurance qui ouvre droit aux prestations non contributives.

De ce fait, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'accord frais de santé du 19 novembre 2015, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 3 juillet 2018.

Compte tenu de la nature de l'avenant, il n'y a pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 1er

Action sociale

Les dispositions du 7e alinéa de l'article 9 « Solidarité et financement de l'action sociale » de l'accord du 19 novembre 2015 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les partenaires sociaux décident le financement, par la solidarité, pendant une durée maximale de 1 an, de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois, pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise. »

Article 2

Prestations

Les garanties prévues à l'annexe I de l'accord frais de santé du 19 novembre 2015 sont remplacées par les garanties annexées au présent avenant.

Le niveau 1 constitue le socle de garanties conventionnelles minimum obligatoires. Ces prestations entrent en vigueur le 1er janvier 2019 sans effet sur le niveau des cotisations.

Article 3

Durée et date d'effet

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1er janvier 2019.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

Article 4

Dépôt et demande d'extension

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent accord au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget en application des dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Annexe

Annexe I

Prestations en complément de celles versées par la sécurité sociale

Conforme aux dispositions relatives au « contrat responsable » et au « panier de soins ANI »

	Niveau 1	Niveau 2
Hospitalisation et maternité		
Frais de séjour	TM (2) + 120 % BR	TM + 120 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie OPTAM/ OPTAM-CO (1)	TM + 100 % BR (3) TM + 80 % BR	TM + 150 % BR TM + 100 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie non OPTAM/ OPTAM-CO	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait journalier hospitalier		
Frais de transport		
Frais de transport remboursés par la sécurité sociale	TM	TM
Médecins, auxiliaires médicaux, pharmacie		
Consultations/ visites médicales généralistes OPTAM/ OPTAM-CO	TM TM	TM TM
Consultations/ visites médicales généralistes non OPTAM/ OPTAM-CO	TM + 100 % BR TM + 80 % BR	TM + 150 % BR TM + 100 % BR

Consultations/ visites médicales spécialistes OPTAM/ OPTAM-CO	TM	TM
	TM	TM
Consultations/ visites médicales spécialistes non OPTAM/ OPTAM-CO	TM	TM
	TM	TM
Auxiliaires médicaux	TM	TM
Analyses		
Actes techniques OPTAM/ OPTAM-CO		
Actes techniques non OPTAM/ OPTAM-CO		
Radiographie, échographie		
Pharmacie		
Pharmacie remboursée à 65 % par la sécurité sociale	TM	TM
	TM	TM
Pharmacie remboursée à 30 % par la sécurité sociale	TM	TM
Pharmacie remboursée à 15 % par la sécurité sociale		
Appareillages, cure thermale		
Appareillage, prothèses orthopédiques et auditives	TM	TM
	TM	TM
Cure thermale		
Soins dentaires		
Soins conservateurs et chirurgicaux	TM	TM
Inlay/ onlay	TM + 20 % BR	TM + 20 % BR
Parodontologie remboursée par la sécurité sociale	TM	TM
	60 €par an	60 €par an
Parodontologie non remboursée par la sécurité sociale		
Orthodontie		
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	TM + 25 % BR	TM + 25 % BR
Prothèses dentaires		
Prothèse remboursée par la sécurité sociale	TM + 100 % BR	TM + 175 % BR

Inlay-core remboursée par la sécurité sociale	TM + 50 % BR 200 € par an	TM + 50 % BR 200 € par an
Implantologie		
Optique (4)		
Équipement simple	100 €	175 €
Équipement complexe	200 €	275 €
Équipement très complexe	200 €	275 €
Équipement mixte verres simple/ complexe	150 €	225 €
Équipement mixte verres simple/ très complexe	150 €	225 €
Équipement mixte verres complexe/ très complexe	200 €	275 €
Lentilles cornéennes prises en charge ou non par l'AM	TM + 60 € par an 200 € par œil par an	TM + 60 € par an 200 € par œil par an
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels)/ œil		
Autres prestations		
Actes de prévention pris en charge par le RO	TM 30 € par séance (maximum 3 par an)	TM 40 € par séance (maximum 4 par an)
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur)		
Prestations au titre du degré élevé de solidarité (art. 9 de l'accord du 19 novembre 2015) (5)		
Financement, pendant une période de 1 an – au titre du degré élevé de solidarité – de 100 % de la part salariale de la cotisation :		
– des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.		
1) DPTM = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :		
– OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;		
– OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).		
2) TM : différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.		
3) BR : base de remboursement de la sécurité sociale.		

4) La prise en charge d'un équipement optique se compose d'une monture et deux verres et s'effectue tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle.

La périodicité de 2 ans ou de 1 an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part, la monture et, d'autre part, les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les garanties optique respectent les planchers par équipement imposés par l'article D. 911-1,4°, du code de la sécurité sociale portant sur la couverture minimale. Par ailleurs, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €, selon les dispositions du contrat responsable.

5) Prestations non contributives, dans la limite du fonds disponible.