



**CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ETABLISSEMENTS PRIVES D'HOSPITALISATION, DE SOINS, DE CURE ET DE GARDE A BUT NON LUCRATIF
DU 31 OCTOBRE 1951 (0029)**

Additif n°5 à l'Avenant n° 2015-01 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

ENTRE :

- AXESS
101 Rue de Tolbiac – 75 013 PARIS
(pour la FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
ET D'AIDE A LA PERSONNE PRIVES NON LUCRATIFS
179, rue de Lourmel – 75015 PARIS)

d'une part,

ET LES ORGANISATIONS SYNDICALES SUIVANTES :

- FEDERATION FRANÇAISE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE "C.F.E. - C.G.C."
39, rue Victor-Massé - 75009 PARIS
- FEDERATION DE LA SANTE ET DE L'ACTION
SOCIALE "C.G.T."
Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX
- FEDERATION DES SERVICES PUBLICS
ET DE SANTE "CGT-F.O."
153-155, rue de Rome - 75017 PARIS
- FEDERATION NATIONALE DES SYNDICATS
DE SERVICES DE SANTE ET SERVICES SOCIAUX "C.F.D.T."
47/49, avenue Simon Bolivar - 75019 PARIS
- FEDERATION SANTE
ET SOCIAUX "C.F.T.C."
34, Quai de la Loire - 75019 Paris

d'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Additif n°5 à l'Avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

Le présent texte a pour objet de modifier l'avenant n° 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture des frais de santé, complété par l'additif n° 1 du 22 juin 2015, l'additif n° 2 du 18 septembre 2017, l'additif n° 3 du 17 mai 2018 et l'additif n° 4 du 05 septembre 2019.

Il entre en vigueur au 1^{er} janvier 2023, sous réserve de son agrément conformément aux dispositions de l'article 10 du présent additif.

Les partenaires sociaux ont référencé des organismes assureurs dans le cadre d'un appel d'offres arrivant à son terme au 31 décembre 2022. Les partenaires sociaux ont souhaité poursuivre ce référencement dans le cadre d'une nouvelle procédure de consultation négociée pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2023 et pour une durée de quatre ans. Ce nouveau référencement mentionné dans le présent additif permet la poursuite du dispositif de couverture des frais de santé dans le cadre d'une mutualisation dont tous les établissements adhérents de la FEHAP peuvent bénéficier. Ce référencement ne revêt pas de caractère contraignant.

Article 1 :

A l'article 2.2 de l'avenant, les deuxième et troisième tirets sont désormais rédigés comme suit :

- « - Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ; sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture ».

Article 2 :

A l'article 3 de l'avenant, le deuxième alinéa est désormais rédigé comme suit :

« A cet effet, les partenaires sociaux ont négocié des options permettant ce choix - formule « Alternative 1 », formule « Alternative 2 » - dont le prélèvement des cotisations sera effectué par l'employeur ».

Article 3.

A l'article 8 de l'avenant, le second alinéa est rédigé comme suit :

« Les garanties sont exprimées en remboursements de la Sécurité sociale inclus et sont présentées dans les tableaux suivants selon trois niveaux de remboursements :

- régime de base obligatoire (Base 1) ;
- option Alternative 1 (Base 2) ;
- option Alternative 2 (Base 3).

Les tableaux des garanties sont remplacés par les tableaux suivants :



Additif n°5 à l'Avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

REMBOURSEMENTS

Dans la limite des frais réels y compris de la Sécurité sociale, sauf pour les prestations au ticket modérateur et les forfaits en euros

BASE 1	BASE 2	BASE 3
100% BR	125% BR	250% BR
100% BR	150% BR	250% BR
100% BR	130% BR	200% BR
100% TM	100% TM	100% TM
couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels
couverture aux frais réels	couverture aux frais réels	couverture aux frais réels
1,25% PMSS / J	1,50% PMSS / J	2% PMSS / J
0,50% PMSS / J	0,75% PMSS / J	1% PMSS / J
non couverte	1,50% PMSS / J	2% PMSS / J
100% BR	100% BR	100% BR
100% BR	100% BR	100% BR
100% BR	140% BR	250% BR
100% BR	120% BR	200% BR
100% BR	100% BR	100% BR
100% BR	100% BR	100% BR
non couverte	100% BR	100% BR
non couverte	25 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire
100% BR	100% BR	100% BR
100% BR	100% BR	100% BR
100% BR	140% BR	170% BR
100% BR	120% BR	150% BR
100% BR	120% BR	170% BR
100% BR	100% BR	150% BR
100% BR	120% BR	170% BR
100% BR	100% BR	150% BR
100% BR	100% BR	170% BR
100% BR	100% BR	150% BR
non couverte	3x25€	3x50€

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE

Chirurgie - Hospitalisation (*)
Conventonnée - Frais de séjour
Conventonnée - Honoraires OPTAM/OPTAM-CO (*)
Conventonnée - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO (*)
Non conventionnées - Honoraires
Forfait hospitalier
Forfait acides lourds
Chambre particulière (*)
Conventonnée
Forfait en ambulatoire
Personne accompagnante
Conventonnée

FRAIS MEDICAUX

Consultations - Visites Généralistes OPTAM (*)
Consultations - Visites Généralistes hors OPTAM (*)
Consultations - Visites Spécialiste OPTAM (*)
Consultations - Visites Spécialiste hors OPTAM (*)
Médicament remboursé à 65% par la SS
Médicament remboursé à 30% par la SS
Médicament remboursé à 15% par la SS
Vaccins non remboursés par la SS
Analyses
Auxiliaires médicaux
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) OPTAM/OPTAM-CO (*)
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) hors OPTAM/OPTAM-CO (*)
Actes d'échographie OPTAM/OPTAM-CO (*)
Actes d'échographie hors OPTAM/OPTAM-CO (*)
Radiologie OPTAM (*)
Radiologie hors OPTAM (*)
Transport accepté par la SS

Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels/bénéficiaires/an
 Liste des praticiens pris en charge : Consultations psychologiques, ostéopathie, chiropractie, microkinésithérapie, étio-pathie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, pédo-cure/podologue, équilibre alimentaire - diététique et séances de psychomotricité

Handwritten initials: S, FF, H

Additif n°5 à l'Avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

	BASE 1	BASE 2	BASE 3
AIDE AUDITIVE ET ORTHOPÉDIE			
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	130% BR	250% BR
Véhicule pour handicapé	100% BR	130% BR	250% BR
Classes correspondant au PLAN SANTE	Classe 1	Classe 1	Classe 1
	Classe 2	Classe 2	Classe 2
Aide Auditive (1)	100% PLV	100% PLV	100% PLV
	100% BR	250€/oreille	1000€/oreille
CURES THERMALES	non couverte	non couverte	200 €
Acceptée par la Ss / an/ bénéficiaire			
PREVENTION			
Tous les actes des contrats responsables	100% TM	100% TM	100% TM
Ouïssoniométrie osseuse /an/bénéficiaire	non couverte	non couverte	50 €
Patch anti tabac /an/bénéficiaire	non couverte	non couverte	200 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays - Inlays	100% BR	130% BR	250% BR
Orthodontie			
- Acceptée par la SS	125% BR	200% BR	350% BR
- Refusée par la SS	non couverte	300€/semestre de soins	500€/semestre de soins
Prothèses dentaires non remboursées	non couverte	500€/dent x2/an	750€/dent x2/an
Parodontologie	non couverte	500€/dent x2/an	750€/dent x2/an
Implantologie	non couverte	500€/dent x2/an	750€/dent x2/an
Classes correspondant au PLAN SANTE	Plan Santé	Plan Santé	Plan Santé
Prothèses dentaires remboursées (2)	Panier modéré	Panier modéré	Panier libre
- remboursées : dents du sôurre (irradise, canine, prémoaire)	500€/an/bénéficiaire	1 000€/an/bénéficiaire	1 500€/an/bénéficiaire
- remboursées : dents de fond de bouche	200% BR	350% BR	450% BR
	200% BR	200% BR	350% BR
- inlays-côres	125% BR	150% BR	200% BR
		125% BR	200% BR
OPTIQUE (3)			
Classes correspondant au PLAN SANTE	Classe A	Classe B	Classe B
Monture	100% PLV	Grille optique base 1	Grille optique base 3
Verres			
Lentilles (acceptées, refusée et jetables)	50€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Chirurgie réfractive		500€/œil	1000€/œil

SR
A0
FF
RW

Additif n°5 à l'Avenant n°2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé

(*) : OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO."

(**) : y compris maternité

(1) : prise en charge au minimum de 100% TM. Les limitations de renouvellement des équipements suivent le décret de janvier 2019 et les montants versés les limites fixées dans le cadre des contrats responsables.

(2) : le remboursement s'entend pour l'ensemble du poste Prothèses dentaires remboursées dans la limite du plafond indiqué par an et par bénéficiaire, au-delà le remboursement devra respecter le minimum du panier de soins : 125% BR

(3) : Les garanties s'entendent par verre. Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, 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 mineurs et de 24 mois pour les adultes (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée pour les adultes où la période est réduite à 12 mois *) et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique.

* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 12 mois en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde 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'art. R.165 - 1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.




FF



GRILLES OPTIQUE		Base 1		Base 2		Base 3	
		ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE
VU1	verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	50,00 €	65,00 €	50,00 €	70,00 €	60,00 €	90,00 €
VU2		60,00 €	70,00 €	60,00 €	80,00 €	70,00 €	100,00 €
VU3		60,00 €	75,00 €	60,00 €	85,00 €	75,00 €	100,00 €
VU4	verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries	75,00 €	80,00 €	75,00 €	85,00 €	80,00 €	100,00 €
VU5		75,00 €	90,00 €	75,00 €	90,00 €	90,00 €	110,00 €
VU6		75,00 €	90,00 €	75,00 €	95,00 €	90,00 €	120,00 €
VU7		80,00 €	100,00 €	80,00 €	110,00 €	100,00 €	130,00 €
VM1	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	80,00 €	80,00 €	90,00 €	110,00 €	110,00 €	175,00 €
VM2		90,00 €	100,00 €	100,00 €	110,00 €	120,00 €	185,00 €
VM3		90,00 €	100,00 €	100,00 €	130,00 €	120,00 €	185,00 €
VM4	verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	100,00 €	100,00 €	110,00 €	135,00 €	130,00 €	200,00 €
VM5		100,00 €	100,00 €	110,00 €	135,00 €	130,00 €	200,00 €
VM6		110,00 €	110,00 €	115,00 €	140,00 €	140,00 €	210,00 €
VM7		110,00 €	110,00 €	115,00 €	140,00 €	140,00 €	210,00 €
Monture		70,00 €	80,00 €	70,00 €	100,00 €	100,00 €	100,00 €

SA
AD
FA
FE

Article 4 :

A l'article 10 de l'avenant le deuxième alinéa est désormais rédigé comme suit :

« Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou les périodes d'activité partielle, d'activité partielle de longue durée ou de congé rémunéré par l'employeur donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement (Instruction DSS127 du 17 juin 2021). Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime de base obligatoire et le cas échéant, le salarié s'acquittera de la cotisation correspondant aux options « Alternative 1 », ou « Alternative 2 » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit. »

Article 5 :

A l'article 13-1 de l'avenant les deuxième et troisième alinéas sont désormais rédigés comme suit :

« Taux de cotisations pour le régime général :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux d'équilibre de cotisation est de 0,96% du PMSS, soit un montant de 32,91 € (valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021).

Taux de cotisations pour le régime local :

- Pour le régime de base obligatoire, le taux d'équilibre de cotisation est de 0,56% du PMSS, soit un montant de 19.20 € (valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021).

Les tableaux relatifs aux taux de cotisation sont désormais les suivants :

Taux de cotisation pour le régime général exprimés en pourcentage du PMSS (lorsque les niveaux de garanties optionnels sont mis en place à titre obligatoire au sein des structures) :

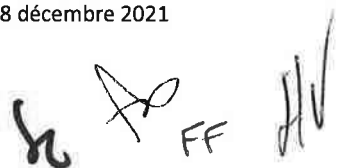
BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	1.66% (56.90€)
BASE 3	Salarié	2.39% (81.93€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021

Taux de cotisation pour le régime local exprimés en pourcentage du PMSS (lorsque les niveaux de garanties optionnels sont mis en place à titre obligatoire au sein des structures) :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	1.29% (44.22€)
BASE 3	Salarié	1.97% (67.53€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021



Article 6 :

L'article 13.2 de l'avenant est désormais rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la procédure de consultation négociée réalisée paritairement, les organismes référencés ont communiqué conformément au cahier des charges les taux de cotisations pour accéder aux régimes optionnels de la Base 2, et de la Base 3, lorsque le salarié fait le choix d'améliorer sa couverture au-delà du régime obligatoire de la Base 1.

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du PMSS à cumuler au taux de cotisation de la Base 1 :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	0.70% (24€)
BASE 3	Salarié	1.43% (49.02€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du PMSS à cumuler au taux de cotisation de la Base 1 :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 2	Salarié	0.73% (25.02€)
BASE 3	Salarié	1.41% (48.33€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021

Article 7 :

L'article 13.3 de l'avenant est désormais rédigé comme suit :

« Dans le cadre de la procédure de consultation négociée réalisée paritairement, les organismes référencés ont communiqué conformément au cahier des charges les taux de cotisations pour les régimes facultatifs pour le conjoint et les enfants du salarié au regard de la Base 1, de la Base 2, et de la Base 3, lorsque le salarié est affilié au régime obligatoire de la Base 1.

Taux de cotisations pour le régime général exprimés en pourcentage du PMSS:

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 1	Conjoint facultatif	1.06% (36.34€)
	Enfant facultatif	0.60% (20.57€)
BASE 2	Conjoint facultatif	1.78% (61.02€)
	Enfant facultatif	1.05% (35.99€)
BASE 3	Conjoint facultatif	2.51% (86.04€)
	Enfant facultatif	1.53% (52.45€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021

Taux de cotisations pour le régime local exprimés en pourcentage du PMSS :

BASE CONVENTIONNELLE		TAUX DE COTISATION
BASE 1	Conjoint facultatif	0.72% (24.68€)
	Enfant facultatif	0.42% (14.40€)
BASE 2	Conjoint facultatif	1.43% (49.02€)
	Enfant facultatif	0.87% (29.82€)
BASE 3	Conjoint facultatif	2.10% (71.99€)
	Enfant facultatif	1.30% (44.56€)

Les montants sont exprimés en euro au regard de la valeur du PMSS pour 2022, publiée au Journal officiel du 18 décembre 2021

Article 8 :

A l'article 14, le premier alinéa est désormais le suivant :

« Sont référencés pour assurer les garanties du régime de complémentaire santé, les organismes suivants :

- Groupe VYV - HARMONIE MUTUELLE, MGEN,
- MALAKOFF HUMANIS - AESIO

sa
FF
Hd

- MNH
- OCIANE MATMUT ».

Article 9 : Durée du présent additif

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 10. Date d'application

Il est expressément convenu que l'entrée en vigueur du présent additif est suspendue à l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L 314-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Les partenaires sociaux considèrent, par souci de cohérence et d'unicité du statut collectif notamment pour les entreprises gestionnaires d'établissements relevant, pour certains du secteur social et médico-social et pour d'autres du secteur sanitaire, que cette condition suspensive s'appliquera à toutes les entreprises et établissements appliquant la convention collective du 31 octobre 1951 indépendamment du secteur d'activité concerné.

Il n'apparaît, en effet, pas envisageable aux partenaires sociaux de permettre qu'un même accord puisse s'appliquer dans les différentes entreprises et établissements relevant de la même convention collective de manière différée ou décalée dans le temps voire ne s'appliquer que dans certaines entreprises ou dans certains établissements en cas de refus définitif d'agrément.

L'obtention de l'agrément est donc une condition substantielle de son entrée en vigueur pour toutes les entreprises et établissements appliquant la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951.

Fait à PARIS, le 7 juillet 2022

AXESS
Pour la Fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne
Privés non lucratifs

Le Directeur Général

La Fédération de la Santé et de
l'Action sociale « CGT »

La Fédération Nationale
des Syndicats de Services
de Santé et Services
Sociaux « CFTD »

S. LEAUME

La Fédération Française de la Santé et
de l'Action Sociale « CFE-CGC »

VIGNET Hervé

La Fédération des Services
Publics et de Santé « CGT-FO »

- FEDERATION SANTE
ET SOCIAUX "C.F.T.C."

F. Fischbach