

Brochure n° 3301

Convention collective nationale
IDCC : 2098. – PRESTATAIRES DE SERVICES
DANS LE DOMAINE DU SECTEUR TERTIAIRE

AVENANT DU 13 NOVEMBRE 2017
PORTANT RÉVISION DU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : *ASET1850001M*
IDCC : *2098*

Entre :

ANCR

FIGEC

SIST

CNET

SNPA

SORAP

SP2C

SYNAPHE

D'une part, et

FNECS CFE-CGC

CSFV CFTC

FEC FO

F3C CFDT

Solidaires

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les signataires du présent avenant rappellent qu'ont été conclus le 25 septembre 2015, un accord et un avenant indivisible qui ont créé un régime conventionnel frais de santé au niveau de la branche des prestataires de services.

Ce régime a été étendu par arrêtés du 24 décembre 2015. Ces derniers ont toutefois été annulés par une décision du Conseil d'État en date du 17 mars 2017.

En conséquence et comme convenu dans le dispositif initialement négocié, les partenaires sociaux se sont réunis pour apprécier les conséquences de cet acte sur le régime conventionnel en vigueur.

Ces derniers ont convenu qu'il leur incombait de revoir le dispositif initial dans un triple objectif de sécurisation juridique, de pérennisation de la couverture collective négociée et d'opposabilité du régime conventionnel.

En conséquence, les signataires ont entendu, dans le respect de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 et du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015, revoir le cadre juridique du régime collectif de frais de santé en vigueur.

Tout en recherchant la solution la plus adaptée à la diversité des situations spécifiques des salariés des divers secteurs de la branche, les partenaires sociaux ont eu une attention spéciale au respect du caractère collectif et obligatoire du régime conventionnel ainsi rectifié.

La solution dégagée en l'espèce est celle d'unifier le régime conventionnel initial, en revenant sur les distinctions de catégories objectives introduites à l'occasion de la négociation intervenue en 2015.

Cette solution a imposé une révision de l'assiette des cotisations du régime qui est apparue la solution la plus pertinente à l'aune des caractéristiques particulières de la branche et des comptes 2016 du régime tels que présentés par l'assureur recommandé et le gestionnaire et assortis de l'analyse de l'actuaire de la branche.

C'est dans ces conditions, au regard du calendrier paritaire de négociation de branche et dans le respect de l'article L. 2261-7 du code du travail et de l'article 17 de l'accord du 25 septembre 2015 ayant fondé le régime conventionnel de frais de santé de la branche, que le présent avenant rectificatif a été négocié et conclu en commission mixte paritaire dans les termes visés ci-après.

Article 1^{er}

Champ d'application

Le champ d'application du présent accord concerne les entreprises dont l'activité principale est constituée par une ou plusieurs des activités suivantes :

1. Les entreprises de téléservices qui font pour le compte de leurs clients les travaux de secrétariat, réception ou émission d'appels, télésecrétariat, domiciliation commerciale, bureautique et transfert de données informatiques et toutes prestations de services nécessaires au bon fonctionnement d'un bureau, d'une entreprise quelle que soit sa nature (commerciale, industrielle, service, profession libérale) et même des particuliers, en utilisant les nouvelles techniques de télécommunications.

Par ailleurs, les entreprises de services réalisant également toute opération manuelle de saisie, acquisition ou capture de données, à partir de tout support (papier, documents scannés, images numériques, etc.).

2. Les centres d'affaires et entreprises de domiciliation qui, en tant que prestataires de services, assurent à titre principal une assistance aux entreprises en leur offrant un service comprenant totalement ou partiellement la domiciliation fiscale ou commerciale, la mise à disposition de bureaux individuels équipés pour toute durée (à l'heure, au jour, à la semaine, au mois, à l'année, etc.), la mise à disposition d'installations téléphoniques et bureautiques, la mise à disposition de salles de réunion.

Par ailleurs, ils réalisent également à la demande de leur clientèle tous travaux spécifiques de bureautique.

Plus généralement, les centres d'affaires et entreprises de domiciliation permettent à toute entreprise, quelle que soit sa forme juridique de disposer de toute la logistique indispensable à l'exercice de son activité professionnelle.

3. Les entreprises de recouvrement de créances et/ou de renseignements commerciaux ou économiques.

4. Les entreprises de traduction, quelle que soit leur forme juridique, pour autant qu'elles délivrent des prestations de services de traduction ainsi que toutes activités s'y rattachant.

5. Toute structure autonome à but lucratif ou non lucratif généralement appelée palais des congrès ou centre de congrès ayant pour vocation d'offrir à toutes personnes physiques ou morales un service d'organisation et de prestation de services, internes ou externes, et des équipements destinés à les accueillir et/ou à animer leurs manifestations, à l'exclusion des foires et expositions.

Ils peuvent prendre éventuellement diverses appellations en y joignant ou non une ou plusieurs caractéristiques (festival, musique...) ainsi que le nom de la ville dans laquelle ils se situent.

6. Entrent également dans le champ d'application de la convention collective nationale des prestataires de services les entreprises dont l'activité principale réside dans :

- les services d'accueil à caractère événementiel : services d'accueil occasionnels dans le cadre de salons, conventions, colloques ou tout autre événement de relation publique ou commercial. Les services développés intègrent l'ensemble des composantes de l'accueil de réception : gestion de listings, attributions de badges, mallettes, documentation, vestiaire, service voiturier, acheminement de groupes incluant accueils en gares ou aéroports et visites de sites (exemple : usine ou autre site de production ou de réalisation) ;
- les actions d'animation et de promotion : de l'échantillonnage, distribution, etc., à la promotion des ventes en grands magasins ou GSM dont l'objectif est de faire connaître et de vendre les produits (ou services) du client aux consommateurs sur le lieu de vente.

Le type de prestation plus couramment développé est l'animation consistant à mettre en avant un produit, une marque ou un événement par le biais d'une distribution publicitaire, d'un échantillonnage, d'une dégustation, d'une vente-conseil, d'une démonstration dans les points de vente ou à l'extérieur ou plus simplement par le biais d'une présence en tenues publicitaires.

L'ensemble de ces prestations ont pour caractéristiques communes la mise en œuvre et la gestion complète de moyens humains et matériels dans le cadre d'une offre globale adaptée aux besoins de chaque client. Elles mettent en jeu le conseil, les ressources humaines terrain, la technologie informatique (matériels et logiciels de relevés, de transmission et d'analyse des données) et la logistique du matériel d'animation ou de promotion (stockage, expédition, installation et maintenance...) dans le cadre de la prestation ;

- la gestion annualisée de prestations de services d'accueil et d'accueil téléphonique en entreprises, la gestion totale de services d'accueil externalisés.

7. Les centres d'appels dont la vocation est de gérer à distance la relation que les entreprises souhaitent entretenir avec leurs clients et prospects. C'est un ensemble de moyens humains, organisationnels et techniques mis en place afin d'apporter à la demande et aux besoins de chaque client une réponse adaptée.

À ce titre, les centres d'appels se définissent comme des entités composées d'opérateurs, organisés par type de compétence et regroupés par équipes sur des plates-formes destinées à gérer, exclusivement par téléphone et à distance, des clients et/ou des prospects en s'appuyant sur des systèmes de couplage téléphonique et informatique, que ce soit en émission ou en réception d'appels.

Entités de relation à distance, les centres d'appels optimisent l'outil téléphonique et ses connexions avec l'informatique et d'autres médias (courrier, fax, minitel, internet, extranet, SMS, WAP, etc.).

Ils mettent en jeu quatre composantes majeures :

- les ressources humaines (téléconseillers, superviseurs, managers, formateurs...) ;
- la technologie (téléphonie, informatique, internet, logiciels, progiciels, serveurs multimédias, bases de données, cartes de commutation, câblage...) ;

- la logistique (immobilier, mobilier, ergonomie de l’environnement matériel et de l’environnement écran...);
- une culture et des méthodes marketing (stratégie de l’entreprise, relation client, fulfillment, rentabilité...).

Par exception, le champ d’application de la convention collective des prestataires de services ne concerne pas les centres d’appels filiales de sociétés de télécommunications ou centres d’appels intégrés, lesquels entrent dans le champ d’application de la convention collective des télécommunications ;

Entrent enfin dans le champ d’application de la convention collective des prestataires de services les entreprises dont l’activité principale réside dans :

- les actions de force de vente : actions dont l’objectif est de développer les ventes des produits ou des services du client ;
- ces actions regroupent les opérations ponctuelles (lancement de produits, opérations promotionnelles ou saisonnières) et les opérations permanentes ;
- elles sont menées en particulier dans les points de vente de la grande distribution, de la distribution spécialisée (surfaces de bricolage, jardinage, téléphonie...), mais aussi auprès d’autres circuits de distribution ;
- les actions d’optimisation linéaire : actions dont l’objectif est de valoriser la présence, le positionnement et la visibilité des produits (ou services) du client dans son ou ses réseaux de distribution.

Ces actions regroupent les opérations de pose de PLV, implantations et réimplantations, destinées à mettre en avant les produits, mais aussi les opérations permanentes de veille commerciale en point de vente : relevés de prix, de présence et nombre de facings ainsi que des informations concernant la concurrence (celle de l’industriel pour lequel l’action est conduite).

Elles sont menées dans tous les réseaux de distribution.

8. Les entreprises qui pratiquent l’activité de recherche de débiteurs en masse, autrement appelée activité d’enquête civile, entrent dans le champ d’application de la convention collective des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire.

Afin d’éviter toute confusion avec toute autre activité, et notamment avec l’activité du recouvrement de créances, il a été décidé de définir clairement l’activité d’enquête civile.

Cette définition permet de clarifier le champ d’application de la réglementation LSI visé par l’article 20 de la loi n° 83-629 du 12 juillet 1983.

L’activité d’enquête civile dont la finalité exclusive est la recherche de débiteurs en masse consiste à mettre en œuvre, pour le compte de tiers, dans le cadre d’une demande spécifique, tous moyens d’investigations destinés à déterminer les éléments relatifs aux coordonnées, à la solvabilité et au patrimoine d’une personne physique.

L’interrogation de bases de données issues de publicités légales ou de fichiers accessibles à titre gratuit et/ou onéreux ne constitue pas une activité d’enquête civile.

Article 2

Annulation de l’avenant indivisible du 25 septembre 2015

L’avenant indivisible conclu le 25 septembre 2015 est annulé.

Les catégories objectives de salariés identifiées dans cet avenant sont donc intégrées dans l’ensemble des salariés couvert par l’accord du 25 septembre 2015 qui demeure pleinement applicable sous réserve des modifications visées à l’article 3 du présent avenant rectificatif.

Article 3

Modifications de l'accord du 25 septembre 2015.

Compte tenu de l'annulation de l'avenant indivisible du 25 septembre 2015, il est convenu de rectifier certains termes de l'accord initial qui constitue ainsi l'acte juridique fondateur unique du régime frais de santé de la branche.

Il est entendu que toutes les dispositions de l'accord du 25 septembre 2015 ne faisant pas l'objet d'une modification au titre du présent article restent inchangées.

Article 3.1

Modification du préambule

L'avant-dernier alinéa du préambule de l'accord du 25 septembre 2015 est supprimé.

Article 3.2

Modification du premier alinéa du titre II « Couverture du socle conventionnel obligatoire »

Le premier alinéa du titre II de l'accord du 25 septembre 2015 rédigé comme suit :

« Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord doivent couvrir, *a minima*, selon les modalités fixées à l'article 7, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre de la couverture du socle conventionnel obligatoire (R1), acte par acte, définie à l'article 4. »

Est modifié comme suit :

« Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord doivent couvrir, *a minima*, selon les modalités fixées à l'article 7, tous les bénéficiaires visés à l'article 3 au titre de la couverture du socle conventionnel obligatoire (Base 1), acte par acte, définie à l'article 4. »

Article 3.3

Modification de l'article 3.1 « Caractère collectif »

L'article 3.1 de l'accord du 25 septembre 2015, initialement rédigé comme suit :

« À l'exception des salariés identifiés comme appartenant à une catégorie objective au sens de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et expressément définis comme tels par voie d'avenant indivisible au présent accord, la couverture du socle conventionnel obligatoire bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord, sans sélection médicale préalable.

Les salariés identifiés comme appartenant à une catégorie objective au sens de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et expressément définis comme tels par voie d'avenant indivisible au présent accord bénéficient d'une couverture du socle conventionnel obligatoire propre. »

Est modifié comme suit :

« La couverture du socle conventionnel obligatoire prévue au titre du présent accord bénéficie à l'ensemble des salariés des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord, sans sélection médicale préalable. »

Article 3.4

Modification de l'article 3.2 « Caractère obligatoire »

L'article 3.2 de l'accord du 25 septembre 2015, initialement rédigé comme suit :

« Tous les salariés concernés, quelle que soit leur ancienneté, bénéficient obligatoirement de la couverture du socle conventionnel obligatoire.

Les salariés identifiés comme appartenant à une catégorie objective au sens de l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale et expressément définis comme tels par voie d'avenant indivisible

au présent accord bénéficient également obligatoirement d'une couverture du socle conventionnel propre.

Il est précisé que le caractère obligatoire du régime de frais de santé envisagé résulte de la signature même du présent accord.

Celui-ci s'impose en conséquence dans les relations individuelles de travail et les salariés ne pourront pas s'opposer, le cas échéant, au précompte de leur quote-part de cotisations.

Ce caractère obligatoire est apprécié sous réserve des dispositions visées ci-après. »

Est modifié comme suit :

« Tous les salariés concernés, quelle que soit leur ancienneté, bénéficient obligatoirement de la couverture du socle conventionnel obligatoire.

Il est précisé que le caractère obligatoire du régime de frais de santé envisagé résulte de la signature même du présent accord.

Celui-ci s'impose en conséquence dans les relations individuelles de travail et les salariés ne pourront pas s'opposer, le cas échéant, au précompte de leur quote-part de cotisations.

Ce caractère obligatoire est apprécié sous réserve des dispositions visées ci-après. »

Article 3.5

Modification de l'article 3.2.2 « Dispenses d'adhésion »

L'article 3.2.2 de l'accord du 25 septembre 2015, initialement rédigé comme suit :

« Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés au présent régime, toutes les dispenses d'adhésion prévues à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sont retenues au titre du présent accord.

Peuvent donc se dispenser d'adhésion, en fournissant le cas échéant les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise additionnées notamment à la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du même code. Alors, la dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide et sous réserve qu'un justificatif soit fourni ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, en la justifiant chaque année, relevant de l'un des dispositifs suivants :
 - dans le cadre d'un dispositif remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale ;
 - dans le cadre du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;

- dans le cadre des dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense.

En aucun cas une dispense d'adhésion ne peut être imposée au salarié. La faculté de dispense relève d'un libre choix du salarié qui est explicitement exprimé par lui.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette dispense écrite, accompagnée le cas échéant des justificatifs requis, comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Cette demande de dispense doit être formulée dans le mois suivant la mise en place du régime institué par le présent accord. Pour les salariés titulaires de contrats à durée déterminée de très courte durée, la demande de dispense doit intervenir de préférence avant la fin de la mission contractuelle et au plus tard avant l'établissement du bulletin de paie correspondant.

À défaut, les salariés concernés seront affiliés d'office au régime collectif et obligatoire.

En tout état de cause, les salariés sont tenus de cotiser au régime institué par le présent accord dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations de dispense susvisées.

Ils en informent alors sans délai leur employeur.

Il est précisé que pour les justifications devant être fournies chaque année, celles-ci devront être adressées par le salarié entre le 1^{er} et le 31 décembre N – 1 au plus tard.

Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif dans ce délai, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante. Les documents afférents à la couverture lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d'être dispensés d'affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter leur employeur, par écrit, pour l'adhésion à la couverture du socle conventionnel obligatoire.

Cette adhésion prend alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande. Elle sera irrévocable pendant une durée de l'année civile pleine, c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre de l'année N + 1. »

Est modifié comme suit :

« Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des salariés au présent régime, toutes les dispenses d'adhésion prévues aux articles D. 911-2, D. 911-3 et R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale sont retenues au titre du présent accord.

Peuvent donc se dispenser d'adhésion, en fournissant le cas échéant les justificatifs correspondants :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- les salariés à temps partiel et apprentis dont l’affiliation les conduirait à s’acquitter d’une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d’entreprise additionnées notamment à la prévoyance) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d’une couverture complémentaire en application de l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (CMU) ou d’une aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS) en application de l’article L. 863-1 du même code. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l’embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu’à échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu’ayants droit, d’une couverture collective, en la justifiant chaque année, relevant de l’un des dispositifs suivants :
 - dans le cadre d’un dispositif remplissant les conditions mentionnées à l’article L. 242-1, alinéa 6, du code de la sécurité sociale ;
 - dans le cadre du régime complémentaire d’assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
 - dans le cadre des dispositions du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
 - dans le cadre des contrats d’assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l’initiative et à l’entreprise individuelle. Il appartient au salarié de justifier annuellement de cette dispense ;
 - régime local d’assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale.

En aucun cas une dispense d’adhésion ne peut être imposée au salarié. La faculté de dispense relève d’un libre choix du salarié qui est explicitement exprimé par lui.

Dans tous les cas, l’employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Cette dispense écrite, accompagnée le cas échéant des justificatifs requis, comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l’employeur des conséquences de son choix.

Il est précisé que pour les justifications devant être fournies chaque année, celles-ci devront être adressées par le salarié entre le 1^{er} et le 31 décembre N – 1 au plus tard.

Lorsque l’employeur ne reçoit pas de justificatif dans ce délai, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier de l’année suivante. Les documents afférents à la couverture lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paie.

Les salariés ayant choisi d’être dispensés d’affiliation peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter leur employeur, par écrit, pour l’adhésion à la couverture du socle conventionnel obligatoire.

Cette adhésion prend alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande. Elle sera irrévocable pendant une durée de 1 année civile pleine, c’est-à-dire jusqu’au 31 décembre de l’année N + 1. »

Article 3.6

Modification de l’article 4 « Prestations obligatoires minimales »

Le dernier alinéa de l’article 4 de l’accord du 25 septembre 2015 est supprimé.

Ainsi, cet article initialement rédigé comme suit :

« Les prestations de la couverture du socle obligatoire (R1) devant bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié visé à l'article 3 sont mentionnées dans l'annexe I jointe au présent accord.

Il est rappelé que, à titre plus favorable, les entreprises couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer, comme couverture collective et obligatoire, les couvertures optionnelles 1 (R2) ou 2 (R3) visées dans les annexes II et III jointes au présent accord.

Il est entendu qu'une annexe particulière pourra, le cas échéant, être établie pour toute catégorie objective expressément identifiée par voie d'avenant indivisible du présent accord. »

Est modifié comme suit :

« Les prestations de la couverture du socle obligatoire (couverture base 1) devant bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié visé à l'article 3 sont mentionnées dans les grilles annexées au présent accord.

Il est rappelé que, à titre plus favorable, les entreprises couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer, comme couverture collective et obligatoire, les couvertures base 2 ou base 3 visées dans les grilles annexées au présent accord. »

Article 3.7

Modification du préambule du titre III

« Couvertures optionnelles »

Le préambule du titre III de l'accord du 25 septembre 2015 rédigé comme suit :

« Les entreprises comprises dans le champ du présent accord peuvent proposer, selon les modalités prévues par l'article 7, à tous les salariés bénéficiaires visés à l'article 3, sous réserve de règles particulières prévues pour toute catégorie objective de salariés identifiée par voie d'avenant indivisible, des couvertures optionnelles définies à l'article 5.

Ces couvertures optionnelles peuvent être proposées avec des tarifs maxima égaux à ceux mentionnés à l'article 9. »

Est modifié comme suit :

« Les entreprises comprises dans le champ du présent accord peuvent proposer, selon les modalités prévues par l'article 7, à tous les salariés bénéficiaires visés à l'article 3 des couvertures optionnelles définies à l'article 5.

Ces couvertures optionnelles peuvent être proposées avec des tarifs maxima égaux à ceux mentionnés à l'article 9. »

Article 3.8

Modification de l'article 5 « Prestations optionnelles »

L'article 5 de l'accord du 25 septembre 2015 rédigé comme suit :

« Les couvertures optionnelles se déclinent en deux options dénommées option 1 (R2) et option 2 (R3).

Les prestations des options 1 (R2) et 2 (R3) sont mentionnées dans les annexes II et III jointes au présent accord.

Chaque entreprise reste libre, notamment en raison d'un régime préexistant, de rendre obligatoire l'adhésion à l'une de ces options, dans le respect notamment des dispositions des articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Dans cette hypothèse, les ayants droit du salarié définis à l'article 3.3 peuvent adhérer à ces options par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique dans les conditions prévues à l'article 9.

Les ayants droit souhaitant bénéficier de ces couvertures optionnelles devront respecter les principes de symétrie et d'automatisme :

- le salarié affilié à l'option 1 (R2), les ayants droit sont affiliés à l'option 1 (R2) ;
- le salarié affilié à l'option 2 (R3), les ayants droit sont affiliés à l'option 2 (R3).

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de l'existence ou de la mise en place de contrats supplémentaires plus favorables et, le cas échéant, limités à des catégories telles que celles visées à l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Est modifié comme suit :

« Les couvertures optionnelles se déclinent autour des niveaux base 2 et base 3 qui pourraient être souscrites, à titre facultative, en option au régime collectif et obligatoire en vigueur dans l'entreprise.

Les prestations des niveaux optionnels base 2 et base 3 sont mentionnées dans les grilles annexées au présent accord.

Les combinaisons possibles, au titre des couvertures optionnelles susvisées, sont donc les suivantes :

- base 1 obligatoire + option pour atteindre base 2 ;
- base 1 obligatoire + option pour atteindre base 3 ;
- base 2 obligatoire + option pour atteindre base 3.

Les ayants droit souhaitant bénéficier de ces couvertures optionnelles devront respecter les principes de symétrie et d'automatisme.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de l'existence ou de la mise en place de contrats supplémentaires plus favorables et, le cas échéant, limités à des catégories telles que celles visées à l'article R. 242-1-1 du code de la sécurité sociale ».

Article 3.9

Modification de l'article 6 « Changement d'option »

L'article 6 de l'accord du 25 septembre 2015 rédigé comme suit :

« Le salarié peut demander à changer d'option dans les conditions ci-après définies :

- passage à un niveau supérieur (du socle obligatoire à l'option 1 ou 2, ou de l'option 1 à l'option 2) :
- le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours ;
- en cas de changement de situation de famille, sous réserve que le salarié le justifie, le changement prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;
- passage à un niveau inférieur (de l'option 2 à l'option 1 ou de l'option 1 ou 2 au socle obligatoire) :

Le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine ;

- il prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Par exception, et sous réserve que le salarié le justifie par écrit :

- en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;

- en cas de diminution de plus de 20 % des revenus imposables du foyer au vu des avis d'imposition des 2 dernières années : le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours. »

Est modifié comme suit :

« Le salarié peut demander à changer d'option dans les conditions ci-après définies :

- adhésion à une couverture optionnelle pour obtenir un niveau de prestations plus élevé :
 - le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours ;

En cas de changement de situation de famille, sous réserve que le salarié le justifie, le changement prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;

- modification du niveau de couverture pour diminuer le niveau des prestations :
 - le changement est possible sous réserve d'une durée minimale de cotisation de 2 ans dans l'option d'origine.

Il prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours.

Par exception, et sous réserve que le salarié le justifie par écrit :

- en cas de changement de situation de famille : le changement prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 15 du mois en cours ;
- en cas de diminution de plus de 20 % des revenus imposables du foyer au vu des avis d'imposition des 2 dernières années : le changement prend effet au 1^{er} janvier suivant la réception de la demande écrite, sous réserve que celle-ci parvienne à l'organisme assureur choisi au plus tard le 30 novembre de l'exercice en cours. »

Article 3.10

Modification de l'article 9.1 « Cotisations ».

L'article 9.1 de l'accord du 25 septembre 2015, initialement rédigé comme suit :

« Les cotisations au présent régime sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Il est entendu que cette cotisation mensuelle globale forfaitaire prend notamment en compte la mutualisation de la portabilité légale de la couverture mise en place par le présent accord complété le cas échéant d'avenant indivisible.

Le taux de cotisation applicable à compter du 1^{er} janvier 2016 est maintenu jusqu'au 31 décembre 2017, soit pour une durée de 2 ans. Il en va de même pour les taux de cotisations arrêtés pour les options 1 et 2.

Il est rappelé que les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur.

Les organisations signataires conviennent de se réunir pour les revoir en cas de changement de ces textes.

Article 9.1.1

Cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire (R1)

À compter du 1^{er} janvier 2016, pour la couverture du socle conventionnel obligatoire (annexe I) du salarié isolé, la cotisation est fixée à hauteur de 0,82 % du PMSS.

Pour la couverture facultative du conjoint ayant droit du salarié couvert au titre du socle conventionnel obligatoire, la cotisation est fixée à hauteur de 0,86 % du PMSS.

Pour la couverture facultative du ou des enfants ayants droit du salarié couvert au titre du socle conventionnel obligatoire, la cotisation est fixée à hauteur de 0,49 % du PMSS.

Article 9.1.2

Cotisations au titre des couvertures facultatives et/ou optionnelles

Par ailleurs, les cotisations pour les couvertures facultatives et/ou optionnelles (annexes II et III) sont fixées en pourcentage du PMSS comme suit :

(En pourcentage.)

	SALARIÉ ISOLÉ	CONJOINT	ENFANT
Option 1 (R2)	1,01	1,06	0,56
Option 2 (R3)	1,09	1,14	0,60

Est modifié comme suit :

« Les cotisations au présent régime sont exprimées en pourcentage du salaire brut fixe de base (hors primes, hors majorations pour heures supplémentaires ou complémentaires notamment) du salarié bénéficiaire, plafonnées par des montants exprimés en euros.

Il est entendu que cette cotisation prend notamment en compte la mutualisation de la portabilité légale de la couverture mise en place par le présent accord.

Il est rappelé que les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur.

Les organisations signataires conviennent de se réunir pour les revoir en cas de changement de ces textes.

Article 9.1.1

Cotisations au titre du socle conventionnel obligatoire

Pour la couverture du socle conventionnel obligatoire du salarié isolé, la cotisation est fixée à hauteur de :

COTISATION DU RÉGIME COLLECTIF obligatoire	COTISATION (en % du salaire)	PLAFOND DE COTISATION (en €)
Base 1	1,57	46,00
Base 2	2,36	69,32
Base 3	2,82	82,93

Il est rappelé que la couverture minimale rendue obligatoire strictement au titre du présent accord est la couverture "Base 1".

Il est également rappelé que toute entreprise peut choisir, à titre plus favorable, de retenir comme couverture collective obligatoire la base 2 ou la base 3.

Article 9.1.2

Cotisations au titre des couvertures facultatives et/ou optionnelles

a) Cotisations au titre des couvertures facultatives

Pour les couvertures facultatives, la cotisation est fixée à hauteur de :

COTISATIONS DES ADHÉSIONS FACULTATIVES (en % du PMSS)	CONJOINT	ENFANT
Base 1	0,74 %	0,41 %
Base 2	1,10 %	0,51 %
Base 3	1,32 %	0,64 %

Il est rappelé que l'ayant droit qui adhère à titre facultatif (le conjoint et le/les enfant [s]) doit bénéficier du même niveau de garanties que le salarié auquel il est rattaché.

b) Cotisations au titre des couvertures optionnelles

Pour les couvertures optionnelles du salarié isolé, la cotisation est fixée à hauteur de :

COTISATIONS DES couvertures optionnelles	RÉGIME OBLIGATOIRE (en % du salaire)	PLAFOND SUR LE régime obligatoire (en €)	OPTION À CHARGE du salarié (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + base 2 en option	1,57	46	0,36
Base 1 obligatoire + base 3 en option			0,57
Base 2 obligatoire + base 3 en option	2,36	69,32	0,21

Pour les couvertures optionnelles des ayants droit, la cotisation est fixée à hauteur de :

(En pourcentage.)

	CONJOINT (en % du PMSS)	ENFANT (en % du PMSS)
Base 1 obligatoire + base 2 en option	1,10	0,51
Base 1 obligatoire + base 3 en option	1,32	0,64
Base 2 obligatoire + base 3 en option	1,32	0,64

Article 3.11

Modification de l'article 9.2 « Répartition employeur/salarié »

L'article 9.2 de l'accord du 25 septembre 2015, initialement rédigé comme suit :

« La couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation due pour le salarié quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou Alsace-Moselle).

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

De la même manière, chaque entreprise reste libre de fixer, à titre plus favorable, un socle conventionnel obligatoire présentant un niveau de garanties plus élevé en choisissant, par exemple, de rendre obligatoire l'adhésion à l'option 1 (R2) ou à l'option 2 (R3).

Dans ce cas, le financement de l'employeur reste fixé à hauteur de 50 % minimum de la cotisation.

Les cotisations supplémentaires finançant les couvertures facultatives (extension pour l'ayant droit du socle conventionnel, options individuelles pour le salarié et/ou ayants droit) sont à la charge exclusive du salarié, sauf dispositions plus favorables.

Dans ce cas, l'employeur reste soumis à son obligation de participation, prévue au titre du socle conventionnel obligatoire, à hauteur de 50 % de la cotisation due pour le salarié au titre de ce régime ».

Est modifié comme suit :

« La couverture du socle obligatoire est financée par l'employeur à hauteur de 50 % minimum de la cotisation due pour le salarié quel que soit le régime effectif d'affiliation du salarié (régime général ou Alsace-Moselle).

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de déterminer une prise en charge patronale plus élevée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment de ses articles L. 242-1 et L. 911-1 et suivants.

De la même manière, chaque entreprise reste libre de fixer, à titre plus favorable, un socle conventionnel obligatoire présentant un niveau de garanties plus élevé en choisissant, par exemple, de rendre obligatoire l'adhésion à la couverture « Base 2 » ou « Base 3 » visées dans le présent accord.

Dans ce cas, le financement de l'employeur reste fixé à hauteur de 50 % minimum de la cotisation.

Les cotisations supplémentaires finançant les couvertures facultatives (extension pour l'ayant droit du socle conventionnel, options individuelles pour le salarié et/ou ayants droit) sont à la charge exclusive du salarié, sauf dispositions plus favorables.

Dans ce cas, l'employeur reste soumis à son obligation de participation, prévue au titre du socle conventionnel obligatoire, à hauteur de 50 % de la cotisation due pour le salarié au titre de ce régime ».

Article 3.12

Modification de l'article 14.2 « Actions prioritaires de la branche »

L'article 14.2 de l'accord du 25 septembre 2015, initialement rédigé comme suit :

« Compte tenu des spécificités particulières de la branche des prestataires de services, les signataires ont convenu que les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité seront prioritairement affectées à la mise en œuvre de prestations à caractère non directement contributif bénéficiant principalement aux salariés relevant de la catégorie objective définie par voie d'avenant indivisible.

Il est également convenu que la mise en œuvre des mécanismes de solidarité au titre du présent avenant pourra viser la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Sont ainsi concernés les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

En outre, une attention particulière sera portée, au titre de l'action sociale, sur l'aide à l'acquisition de prothèses auditives pour des salariés en situation de précarité particulièrement notable.

L'assureur recommandé formalisera une information complète, chaque année, de la commission paritaire visée au titre VII du présent accord, sur la mise en œuvre de ces actions prioritaires de la branche en matière de solidarité. »

Est modifié comme suit :

« Compte tenu des spécificités particulières de la branche des prestataires de services, les signataires ont convenu que les garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité seront prioritairement affectées à la mise en œuvre de prestations à caractère non directement contributif et seront précisées par voie d'accord collectif de branche.

Il est également convenu que la mise en œuvre des mécanismes de solidarité au titre du présent avenant pourra viser la prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Sont ainsi concernés les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois pouvant bénéficier d'une dispense d'adhésion même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.

En outre, une attention particulière sera portée, au titre de l'action sociale, sur l'aide à l'acquisition de prothèses auditives pour des salariés en situation de précarité particulièrement notable.

L'assureur recommandé formalisera une information complète, chaque année, de la commission paritaire visée au titre VII du présent accord, sur la mise en œuvre de ces actions prioritaires de la branche en matière de solidarité. »

Article 3.13

Modification des annexes de l'accord du 25 septembre 2015

L'accord du 25 septembre 2015 visait 3 annexes :

Annexe I – Tableau des garanties du socle conventionnel obligatoire (R1) ;

Annexe II – Tableau des garanties option 1 (R2) ;

Annexe III – Tableau des garanties option 2 (R3).

Ces annexes sont annulées et supprimées par le présent avenant.

Se substituent à ces annexes les grilles jointes au présent avenant, étant rappelé que :

La couverture « Base 1 » remplace la « couverture R1 » de l'accord initial ;

La couverture « Base 2 » remplace la « couverture R2 - option 1 » de l'accord initial ;

La couverture « Base 3 » remplace la « couverture R3 - option 2 » de l'accord initial.

Article 4

Entrée en vigueur

Le présent avenant rectificatif, et par conséquent l'ensemble du régime collectif frais de santé modifié, entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018, sous réserve de la mise en œuvre du droit d'opposition.

Conformément à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur du présent avenant est indépendante de sa date d'extension.

Cet avenant s'incorpore à l'accord du 25 septembre 2015 qu'il rectifie et modifie. Il annule également l'avenant indivisible conclu à cette même date.

Il est rappelé que, conformément à l'article L. 2253-3 du code du travail, les dispositions du présent avenant et plus largement de l'ensemble du régime collectif frais de santé de la branche sont impératives.

Article 5

Dispositions finales

Article 5.1

Durée du présent avenant rectificatif

À l'instar de l'accord du 25 septembre 2015 auquel il s'incorpore, le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée, sans préjudice de la durée de la clause de recommandation visé à l'article 13 dudit accord.

Article 5.2

Conditions de suivi et revoyure

Il est rappelé que l'accord du 25 septembre 2015 a créé une commission paritaire nationale de santé.

Cette dernière est chargée, conformément à l'article L. 2222-5-1 du code du travail notamment, d'assurer le suivi du régime collectif de frais de santé de la branche.

De plus, les signataires conviennent expressément de se retrouver mi-juillet 2018 pour apprécier les effets du présent avenant rectificatif sur les comptes du régime, étant précisé que cette analyse s'effectuera à l'aune des données du premier semestre de l'année 2018 qui seront transmises par l'assureur et le gestionnaire du régime.

Considération faite de la réserve constituée sur l'exercice 2016, les partenaires sociaux prendront toute mesure rectificative utile à la pérennité du régime conventionnel en fonction des effets produits sur lui par le présent avenant.

Article 5.3

Révision et dénonciation

Le présent avenant rectificatif pourra faire l'objet d'une révision, conformément aux articles L. 2261-7 et suivants du code du travail, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve qu'une demande motivée soit transmise à chacune d'elles.

Cet avenant, qui s'incorpore strictement à l'accord du 25 septembre 2015, pourra être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect des conditions prévues dans l'article 17 dudit accord.

Il est rappelé que les modalités de dénonciation sont fixées par les articles L. 2261-10 et suivants du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans le mois de la signification de la dénonciation.

Article 5.4

Dépôt et demande d'extension

Bien que l'extension du présent avenant soit indépendante de son entrée en vigueur, il est précisé que les parties la demanderont auprès des ministères compétents à l'expiration du délai légal d'opposition dans le respect de l'article L. 2231-6 code du travail et de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Il est entendu que cette demande d'extension vise l'ensemble du régime collectif frais de santé constitué, en l'occurrence, de l'accord du 25 septembre 2015 rectifié et modifié par le présent avenant.

Fait à Paris, le 13 novembre 2017.

(Suivent les signatures.)

Garanties – Base 1

Régime complémentaire frais médicaux



CCN des prestataires de services du secteur tertiaire IDCC 2098

Ensemble du personnel

Base 1

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS (Remboursement total dans la limite des FR et y compris Sécurité sociale)
L'HOSPITALISATION (médicale et chirurgicale) ⁽¹⁾	
Frais de séjour (Établissement conventionné ou non conventionné)	110 % BR
Conventionné - Honoraires, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique y compris maternité Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR
Non conventionné – Honoraires y compris maternité	100 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique ⁽²⁾	100 % FR
Transport pris en charge par la SS	100 % BR
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS ⁽¹⁾	
Visites, consultations de généralistes Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR
Visites, consultations de spécialistes Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR
Radiologie Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR
Actes techniques médicaux, actes de spécialité Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
LA PHARMACIE	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
L'OPTIQUE	
Monture ⁽³⁾⁽⁴⁾	130 €
Verre ⁽³⁾ , par verre Verre simple, Verre complexe Verre hyper complexe	70 € 140 € 250 €
Lentilles prises en charge par la SS (avec un remboursement minimum égal à 100 % BR-SS), lentilles non prises en charge par la SS, lentilles jetables	200 € /A/B Mini 100 % BR

LE DENTAIRE	
Soins dentaires	125 % BR
Inlays/Onlays	125 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	125 % BR
Orthodontie prise en charge par la SS	125 % BR
AUTRES	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	200 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	120 % BR
PREVENTION	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la SS (scellement des sillons, détartrage, dépistage hépatite B...)	100 % BR

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de chirurgie et d'obstétrique (OPTAM-CO).

L'OPTAM /OPTAM-CO remplace, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

(1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée.

(3) Pour les enfants (- 18 ans) : un équipement (monture + 2 verres) annuel

Pour les adultes : un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel.

(4) Limitée à 150 €

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

BR : Base de Remboursement ; SS : Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; B : Bénéficiaire ; A : Année ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Garanties – Base 2

Régime complémentaire frais médicaux



CCN des prestataires de services du secteur tertiaire IDCC 2098

Ensemble du personnel

BASE 2

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS (Remboursement total dans la limite des FR et y compris Sécurité sociale)
L'HOSPITALISATION (médicale et chirurgicale) ⁽¹⁾	
Frais de séjour (Établissement conventionné ou non conventionné)	110 % BR
Conventionnés - Honoraires, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, y compris maternité Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	180 % BR 160 % BR
Non conventionné – Honoraires y compris maternité	100 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique ⁽²⁾	100 % FR
Transport pris en charge par la SS	100 % BR
Chambre particulière, y compris maternité	40 € / J
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) – moins de 16 ans et plus de 70 ans	20 € / J
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS ⁽¹⁾	
Visites, consultations de généralistes Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100% BR
Visites, consultations de spécialistes Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	180 % BR 160 % BR
Radiologie Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	180 % BR 160 % BR
Actes techniques médicaux, actes de spécialité Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	180 % BR 160 % BR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
LA PHARMACIE	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
L'OPTIQUE	
Monture ⁽³⁾⁽⁴⁾	150 €
Verre ⁽³⁾ , par verre Verre simple, Verre complexe Verre hyper complexe	80 € 160 € 300 €

Lentilles prises en charge par la SS (avec un remboursement minimum égal à 100 % BR-SS), lentilles non prises en charge par la SS, lentilles jetables	250 € /A/B Mini 100 % BR
Chirurgie réfractive de l'œil	300 € /A/B

LE DENTAIRE	
Soins dentaires	125 % BR
Inlays/Onlays	150 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	225 % BR
Orthodontie prise en charge par la SS	200 % BR
Implantologie	300 € Maxi 2 implants /A/B
AUTRES	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	250 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	150 % BR
Médecine Douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	30 €/ séance (limité à 3 séances /A/B)
Cure thermale (remboursée par SS)	100 € /A/B
Compléments équipements post cancer, post chimio, rayons	200 € /A/B
PREVENTION	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la SS (scellement des sillons, détartrage, dépistage hépatite B...)	100 % BR

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de chirurgie et d'obstétrique (OPTAM-CO).

L'OPTAM /OPTAM-CO remplace, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

(1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée.

(3) Pour les enfants (- 18 ans) : un équipement (monture +2 verres) annuel

Pour les adultes : un équipement (monture +2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel.

(4) Limitée à 150 €

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

BR : Base de Remboursement ; SS : Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; B : Bénéficiaire ; A : Année ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Garanties – Base 3

Régime complémentaire frais médicaux



CCN des prestataires de services du secteur tertiaire IDCC 2098

Ensemble du personnel

BASE 3

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS (Remboursement total dans la limite des FR et y compris Sécurité sociale)
L'HOSPITALISATION (médicale et chirurgicale) ⁽¹⁾	
Frais de séjour (Établissement conventionné ou non conventionné)	110 % BR
Conventionné - Honoraires, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique y compris maternité Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	220 % BR 200 % BR
Non conventionné – Honoraires y compris maternité	100 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique ⁽²⁾	100 % FR
Transport pris en charge par la SS	100 % BR
Chambre particulière, y compris maternité	80 € / J
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) – moins de 16 ans et plus de 70 ans	30 € / J
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS ⁽¹⁾	
Visites, consultations de généralistes Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR
Visites, consultations de spécialistes Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	220 % BR 200 % BR
Radiologie Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	220 % BR 200 % BR
Actes techniques médicaux, actes de spécialité Praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO* Praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	220 % BR 200 % BR
Analyses	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
LA PHARMACIE	
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR
L'OPTIQUE	
Monture ⁽³⁾⁽⁴⁾	150 €
Verre ⁽³⁾ , par verre Verre simple, Verre complexe Verre hyper complexe	90 € 170 € 350 €

Lentilles prises en charge par la SS (avec un remboursement minimum égal à 100 % BR-SS), lentilles non prises en charge par la SS, lentilles jetables	300 € / A / B Mini 100 % BR
Chirurgie réfractive de l'œil	600 € / A / B

LE DENTAIRE	
Soins dentaires	125 % BR
Inlays/Onlays	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	320 % BR
Orthodontie prise en charge par la SS	300 % BR
Implantologie	600 € Maxi 2 implants / A / B
AUTRES	
Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	300 % BR
Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	200 % BR
Médecine Douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	40 €/ séance (limité à 4 séances / A / B)
Cure thermique (remboursée par SS)	150 € / A / B
Compléments équipements post cancer, post chimio, rayons	250 € / A / B
PREVENTION	
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la SS (scellement des sillons, détartrage, dépistage hépatite B...)	100 % BR

* Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de chirurgie et d'obstétrique (OPTAM-CO).

L'OPTAM /OPTAM-CO remplace, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

(1) Pour les praticiens et honoraires, en secteur non conventionné, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non signataires OPTAM / OPTAM-CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée.

(3) Pour les enfants (- 18 ans) : un équipement (monture + 2 verres) annuel
Pour les adultes : un équipement (monture +2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel.

(4) Limitée à 150 €

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge les actes de prévention figurant dans la Notice d'information.

BR : Base de Remboursement ; SS : Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; B : Bénéficiaire ; A : Année ; PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.