



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Avenant n° 4

**Accord spécifique relatif aux
Régimes complémentaires de Prévoyance et Frais de santé
institués par la convention collective de
l'Établissement Français du Sang**

ES
1
FF RW
AB AB

Plan détaillé de l'avenant n° 4 à l'accord spécifique Prévoyance et Frais de Santé

TITRE 1 REGIME COMPLEMENTAIRE DE PREVOYANCE.....	4
1-1 Garanties du régime complémentaire de prévoyance	4
1-1-1. Décès	4
1-1-2. Arrêt de travail	7
1-1-3. Revalorisation de l'assiette de prestations.....	8
1-2 Financement du régime complémentaire de prévoyance.....	8
1-3 Fonds social Prévoyance dédié à l'EFS	8
TITRE 2 REGIME COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE.....	9
2-1 Garanties du régime complémentaire de frais de santé.....	9
2-2 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les salariés.....	10
2-3 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les ayants-droit du salarié	11
2-4 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les anciens salariés de l'EFS et couverture volontaire	12
2-5 Fonds social Frais de santé dédié à l'EFS.....	12
TITRE 3 PORTABILITE DE LA PROTECTION SOCIALE.....	13
3-1 Bénéficiaires du dispositif de portabilité	13
3-2 Garanties maintenues	13
3-3 Durée et limite de la portabilité	13
3-4 Financement	13
3-5 Droit à renoncement	13
3-6 Obligation d'information	14
TITRE 4 DUREE DE L'AVENANT	15
ANNEXE 1 : REGLEMENT INTERIEUR FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTE.....	17
ANNEXE 2 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG	20
ANNEXE 3 : REGLEMENT INTERIEUR FONDS SOCIAL PREVOYANCE.....	27
ANNEXE 4 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG.....	30
ANNEXE 5 : REPARTITION DES CHAMPS D'INTERVENTION DES DIFFERENTS DISPOSITIFS EXISTANTS AU SEIN DE L'EFS -.....	36

RT PW
PB AB DB

Le présent avenant remplace l'accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la convention collective de l'Etablissement Français du sang signé le 14 novembre 2001 et ses avenants¹ : le présent avenant est conclu en application du titre VII de la convention collective de l'EFS ayant institué les régimes de prévoyance et frais de santé des salariés de l'EFS et déterminé leurs principales caractéristiques.

Il a pour objet de préciser les modalités pratiques d'application du titre VII de la convention collective susvisée. Ainsi, il détermine de manière détaillée les garanties et les cotisations des régimes de prévoyance et frais de santé.

Le présent avenant est donc applicable dans le cadre des principes établis par le titre VII de la convention collective de l'EFS (caractère collectif, uniforme et obligatoire notamment) et dans le respect des dispositions de ce même titre.

Il est plus particulièrement rappelé que, conformément à ces dispositions, les risques sont couverts dans les conditions et dans limites des contrats d'assurance collective visés aux articles 7.2. et 7.3., c'est-à-dire notamment pour autant qu'ils n'ont pas été exclus par le contrat d'assurance collective et que les formalités administratives prévues par celui-ci ont été respectées.

Ainsi, les dispositions du contrat d'assurance collective sont opposables aux bénéficiaires. Cette opposabilité est subordonnée à une information individuelle des salariés sous forme de la remise de la notice prévue à l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989 relative aux garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Sont notamment opposables les risques exclus, les limitations de garanties et les conditions de versement prévues par le contrat d'assurance collective. Les bénéficiaires ne peuvent prétendre au service des prestations que s'ils respectent l'ensemble des obligations, notamment administratives, prévues par le contrat.

Les dispositions, notamment de nature administrative, du contrat d'assurance collective peuvent subir les éventuelles évolutions décidées par l'organisme assureur. Dès lors que celles-ci ne remettent pas en cause substantiellement ni les droits, ni les obligations des bénéficiaires, elles sont opposables aux intéressés.

¹ Avenant N°1 signé le 19 novembre 2009, avenant N°2 signé le 22 juillet 2013, avenant N°3 signé le 30 avril 2014

Titre 1 Régime complémentaire de Prévoyance

1-1 Garanties du régime complémentaire de prévoyance

Le contrat d'assurance collective visé à l'article 7.2. de la convention collective de l'EFS doit mettre en œuvre les garanties décès et arrêt de travail décrites ci-après.

1-1-1. Décès

Dans le souci d'offrir à chaque salarié, dans un cadre collectif et obligatoire, la couverture la plus adaptée à sa situation propre et à ses besoins, la couverture décès mise en œuvre est un système à options. Les options sont « actuariellement » équivalentes et permettent au salarié de choisir entre :

- soit un capital décès fort (option 1),
- soit un capital décès minoré et une rente éducation, (option 2),
- soit un capital décès minoré et une rente de conjoint (option 3).

Pour ces 3 options, les précisions suivantes sont apportées :

- Le capital décès est exprimé en pourcentage du salaire annuel brut de référence ¹
- Est considéré comme étant en situation d'invalidité absolue et définitive² (I.A.D), le salarié classé par la sécurité sociale en invalidité de 3^{ème} catégorie. Le versement anticipé du capital décès pour invalidité absolue et définitive met fin à la garantie Capital décès.
- Sont considérés comme à charge, les enfants du salarié ou de son conjoint, ou de son concubin ou de son partenaire de Pacs, qu'ils soient légitimes, naturels adoptifs, reconnus :
 - Jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire sans condition
 - Jusqu'à leur 27^{ème} anniversaire et pendant la durée :
 - De l'apprentissage ou des études,
 - De l'inscription à Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou effectuant un stage,
 - Sans limitation de durée en cas d'invalidité, avant le 21^{ème} anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de Sécurité Sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civile.

¹ Le salaire annuel de référence est la rémunération brute des 12 derniers mois précédant le mois au cours duquel s'est produit le sinistre. Lorsque le salaire est incomplet sur un mois donné, en cas d'arrêt maladie par exemple, le salaire pris en considération est le salaire qu'aurait perçu le salarié s'il avait normalement travaillé.

Ce salaire sera actualisé selon les modalités prévues au paragraphe 1.1.3.

² Il faut entendre par Invalidité Absolue et Définitive, l'invalidité de 3^e catégorie définie à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale : « Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ». L'Incapacité Permanente Professionnelle d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnue par la Sécurité sociale est assimilée à l'Invalidité Absolue et Définitive pour l'application des garanties décès, rentes éducation et rentes de conjoint.

- Et d'une manière générale, les enfants à charge au sens fiscal. Par assimilation, sont considérés à charge les enfants à naître et nés viables dans les 10 mois suivant le décès, et les enfants recueillis, c'est-à-dire ceux de l'ex-conjoint(e) éventuel ou de l'ex-concubin(e) ou de l'ex-partenaire de PACS du salarié décédé qui ont vécu au foyer jusqu'au moment du décès et si leur autre parent n'est pas tenu au versement d'une pension alimentaire.

1-1-1-1. Option 1 - Capital Décès

En cas de décès ou d'I.A.D. d'un salarié ayant choisi l'option 1, les prestations ci-dessous sont versées par l'organisme assureur.

Capital décès toutes causes :

Il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) comme tel(s), un capital dont le montant, déterminé en fonction de la situation de famille au moment du décès, est égal à :

- | | |
|---|------|
| ▪ Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge : | 175% |
| ▪ Marié, concubin ou partenaire de PACS sans enfant à charge : | 225% |
| ▪ Salarié, quelle que soit sa situation de famille ayant un enfant à charge : | 275% |
| ▪ Majoration par enfant supplémentaire à charge : | 50% |

Invalidité absolue et définitive :

Versement par anticipation au salarié d'un capital égal à celui prévu en cas de décès.

1-1-1-2. Option 2 - Capital Décès et rente éducation

En cas de décès ou d'I.A.D. d'un salarié ayant choisi l'option 2, les prestations ci-dessous sont versées par l'organisme assureur.

Capital décès toutes causes :

Il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) comme tel(s), un capital dont le montant, déterminé en fonction de la situation de famille au moment du décès, est égal à :

- | | |
|--|------------|
| ▪ Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge : | sans objet |
| ▪ Marié concubin ou partenaire de PACS sans enfant à charge : | sans objet |
| ▪ Salarié, quelle que soit sa situation de famille ayant au moins un enfant à charge : | 175 % |
| ▪ Majoration par enfant supplémentaire à charge : | sans objet |

Invalidité absolue et définitive :

Versement par anticipation au salarié atteint d'une Invalidité Absolue et Définitive (IAD) des prestations prévues en cas de décès.

Rente éducation :

En cas de décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) d'un salarié, est versée à chaque enfant restant à charge une rente éducation dont le montant est défini ci-après :

- | | |
|--------------------------------|--------|
| ▪ De 0 à 10 ans révolus : | 12 % * |
| ▪ De 11 ans à 18 ans révolus : | 16 % * |
| ▪ De 19 à 26 ans révolus : | 20 % * |

* du salaire annuel de référence ¹

¹ Le salaire annuel de référence est la rémunération brute des 12 derniers mois précédant le mois au cours duquel s'est produit le sinistre. Lorsque le salaire est incomplet sur un mois donné en cas d'arrêt maladie par exemple, le salaire pris en considération est le salaire qu'aurait perçu le salarié s'il avait normalement travaillé..

Handwritten initials: AB, DB, and a signature.

En cas de décès simultané du salarié et de son conjoint, ou de son concubin ou du partenaire de PACS, il est versé une allocation complémentaire annuelle égale au montant de la rente éducation servie à titre principal aux enfants à charge.

1-1-1-3. Option 3 - Capital Décès et rente de conjoint

En cas de décès ou I.A.D. d'un salarié ayant choisi l'option 3, les prestations ci-dessous sont versées par l'organisme assureur.

Capital décès toutes causes :

Il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) comme tel(s), un capital dont le montant, déterminé en fonction de la situation de famille au moment du décès, est égal à :

Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge :	sans objet
Marié, concubin, partenaire de PACS sans enfant à charge :	125%
Marié concubin, partenaire de PACS ayant un enfant à charge :	125%
Majoration par enfant supplémentaire à charge :	sans objet

Invalité absolue et définitive :

Versement par anticipation au salarié d'un capital égal à celui prévu en cas de décès.

Rente de conjoint :

En cas de décès ou d'Invalité Absolue et Définitive (IAD) du salarié, il est versé à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée à la date du décès, ou à défaut à son concubin ou à son partenaire de PACS:

- une rente viagère égale au produit des deux termes suivants :
 - 0,50% du salaire annuel brut de référence
 - le nombre d'années restant à courir entre l'âge auquel l'assuré aurait pu liquider sa retraite à taux plein et l'âge du salarié au jour de son décès ou de la reconnaissance de son IAD. Le nombre d'années restant à courir entre l'âge du décès ou de la reconnaissance de l'IAD du salarié et l'âge limite de garantie est considéré comme étant au moins égal à 5.
- une rente temporaire, versée jusqu'à la date de liquidation des droits à pension de réversion des régimes complémentaires de retraite, égale au produit des deux termes suivants :
 - 0,25% du salaire annuel brut de référence
 - le nombre d'années comprises entre l'âge du salarié au jour de son décès ou de la reconnaissance de son IAD et l'année de ses 25 ans. Le nombre d'années entre l'année du décès ou de la reconnaissance de l'IAD du salarié et l'année de ses 25 ans est considéré comme étant au moins égal à 5.

1-1-1-4. Allocation obsèques

En cas de décès d'un salarié ou d'un ayant droit du salarié, une allocation obsèques est accordée dans la limite des frais réels :

- En cas de décès de l'adhérent : 30% du PMSS
- En cas de décès d'un ayant droit de l'adhérent : 30% du PMSS

Les ayants-droit bénéficiaires de l'allocation frais d'obsèques du contrat prévoyance sont les ayants-droit au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EPS

1-1-3. Revalorisation de l'assiette de prestations

La revalorisation de l'assiette de prestations sera indexée sur la variation du point IRCANTEC.¹

Cette revalorisation interviendra à la date de revalorisation du point IRCANTEC.

1-2 Financement du régime complémentaire de prévoyance

La cotisation totale est répartie entre l'employeur et le salarié dans les conditions prévues à l'article 7.2.4 de la convention collective de l'EFS. La part salariale de la cotisation est directement précomptée par l'employeur, qui la reverse, en même temps que la part patronale, à l'organisme assureur du régime.

Les garanties de prévoyance sont financées par une cotisation représentant un pourcentage du salaire brut de chaque salarié, déterminée selon les conditions définies par le marché prévoyance.

Taux au 1^{er} avril 2015 :

- 1,710 % de la tranche A,
- 2,870 % de la tranche B,
- 2,870 % de la tranche C.

Il est convenu que le taux de la cotisation pourra être adapté en fonction des évolutions de la législation et des résultats du contrat, cette modification fera l'objet d'un avenant.

1-3 Fonds social Prévoyance dédié à l'EFS

Le régime complémentaire de prévoyance met en place un fonds social Prévoyance dédié à l'EFS.

Il est précisé que les taux des cotisations versées à l'organisme assureur incluent le financement d'un fonds social Prévoyance propre à l'EFS, à hauteur de 1% des cotisations brutes versées.

Ce fonds aura pour but de venir en aide ou d'accompagner les bénéficiaires du régime prévoyance EFS, de façon exceptionnelle et/ou dans des cas ayant un caractère d'urgence, à l'occasion de situations sociales et financières difficiles liées au décès, à l'incapacité temporaire de travail, à l'incapacité permanente de travail ou à l'invalidité.

Ce fonds sera administré par la Commission paritaire de suivi d'application de cet accord. Son règlement intérieur est annexé au présent avenant (Cf. Annexes 3 et 4).

¹ La revalorisation ne pourra être inférieure à la variation du point EFS, majorée de 0,3 points

1-1-2. Arrêt de travail

Les prestations décrites ci-après sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale : ces dernières doivent être déduites pour déterminer le montant des prestations complémentaires incombant au régime de prévoyance.

En cas de rupture du contrat de travail du salarié déclaré en incapacité ou en invalidité, et couvert à ce titre par le régime de prévoyance, le service des prestations d'incapacité ou d'invalidité continue à s'appliquer au salarié tant que sa situation le justifie.

1-1-2-1. Incapacité temporaire ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Par incapacité temporaire est visée la situation du salarié qui se trouve dans l'incapacité physique constatée médicalement de continuer son travail et de reprendre une activité professionnelle et qui perçoit à ce titre des indemnités journalières de la sécurité sociale.

Les prestations complémentaires d'incapacité temporaire sont versées à l'expiration d'une période de franchise, calculée au 1^{er} jour d'arrêt de travail, de 90 jours calendaires d'arrêt total, continu ou discontinu, par année glissante de travail.

Le service des prestations complémentaires se poursuit tant que la sécurité sociale verse des indemnités journalières.

A partir du 91^{ème} jour, le montant des prestations complémentaires d'incapacité temporaire, exprimées en pourcentage, est fixé à 100% du salaire net d'activité (net à payer), sous déduction des prestations de la sécurité sociale.

1-1-2-2. Incapacité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Sont visés les salariés qui, consécutivement à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, sont reconnus par la sécurité sociale atteints d'une incapacité dont le taux de base est au moins égal à 33% et en reçoivent une rente.

Ces salariés bénéficient alors d'une prestation complémentaire leur permettant de porter le montant total de leur revenu à 100% de leur salaire net, tant qu'ils continuent à percevoir une prestation de la sécurité sociale.

1-1-2-3. Invalidité

L'invalidité vise la situation du salarié reconnu par la sécurité sociale en invalidité de 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie et qui perçoit à ce titre une prestation d'invalidité de la sécurité sociale.

Le service des prestations complémentaires se poursuit tant que la sécurité sociale verse la rente d'invalidité.

Le montant des prestations complémentaires d'invalidité, exprimées en pourcentage du salaire brut d'activité, est fixé comme suit, sous déduction de la rente versée par la sécurité sociale :

- 1^{ère} catégorie : 50%
- 2^{ème} et 3^{ème} catégorie : 80%

7
RS
AB
DB

Titre 2 Régime complémentaire de frais de santé

2-1 Garanties du régime complémentaire de frais de santé

Le contrat d'assurance collective visé à l'article 7.3. de la convention collective de l'EFS doit mettre en œuvre les remboursements de frais de santé présentés dans le tableau ci-après.

Les remboursements mentionnés dans ce tableau représentent les remboursements du régime complémentaire à l'exclusion des remboursements de la sécurité sociale auxquels ils s'ajoutent.

Il est précisé que les frais médico-chirurgicaux seront pris en charge au titre du présent régime dès lors qu'ils donnent effectivement lieu à une prise en charge par la Sécurité Sociale. Les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale donneront éventuellement lieu à remboursement au titre du présent régime, par dérogations spéciales prévues par le contrat d'assurance collective.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix, voire les cumuler dans la limite des garanties et des frais réels exposés.

Les prestations complémentaires sont calculées sur la base des remboursements du Régime Général de la Sécurité Sociale, quand bien même les bénéficiaires (notamment les ayants droit du salarié) relèveraient d'un autre régime de Sécurité sociale dans lequel les remboursements seraient inférieurs.

Nature des prestations	Remboursements du régime complémentaire par bénéficiaire
Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Etablissement conventionné	250% BRSS
Honoraires (K-KC-Z)	
<i>Médecin adhérent au CAS</i>	200% BRSS
<i>Médecin non adhérent au CAS</i>	225% BRSS-MRSS
Imagerie Médicale(Z)	
<i>Médecin adhérent au CAS</i>	250% BRSS
<i>Médecin non adhérent au CAS</i>	225% BRSS-MRSS
Actes de spécialistes (K ou KC)	
<i>Médecin adhérent au CAS</i>	250% BRSS
<i>Médecin non adhérent au CAS</i>	225% BRSS-MRSS
Traitements spéciaux	250% BRSS
Electrocardiogramme	250% BRSS
Massages-rééducation (actes de kiné)	250% BRSS
Séjours de convalescence	250% BRSS
Rééducation spécialisée	250% BRSS
Chambre particulière (y compris maternité)	3% PMSS par jour (limité à 90 jours par an)
Forfait hospitalier	Prise en charge (sans limitation de durée)
Frais d'accompagnement	1% PMSS / jour
Transport	100% BRSS - MRSS
Actes médicaux	
Consultations, visites de généralistes	
<i>Médecin adhérent CAS</i>	130% BRSS – MRSS
<i>Médecin non-adhérent CAS</i>	110% BRSS – MRSS
Consultations, visites de spécialistes	
<i>Médecin adhérent CAS</i>	170% BRSS
<i>Médecin non-adhérent CAS</i>	150% BRSS
Actes de spécialité « secteur 1 conventionné	100% FR-MRSS
Imagerie Médicale	
<i>Médecin adhérent CAS</i>	140% BRSS – MRSS
<i>Médecin non-adhérent CAS</i>	120% BRSS – MRSS
Analyses médicales	100 % BRSS - MRSS
Auxiliaires médicaux	100 % BRSS - MRSS
Pharmacie à 30% et 65% (hors pharmacie à 15%)	100 % BRSS - MRSS
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BRSS - MRSS
Inlays-core	230% BRSS
Prothèses dentaires remboursées SS	330% BRSS (maxi 1 419 Euros / an et par bénéficiaire)
Prothèses dentaires non remboursées SS	160% BRSS reconstituée
Implant dentaire	730 euros – 1 X / an et par bénéficiaire
Orthodontie acceptée SS	230% BRSS
Orthodontie refusée SS	160% BRSS reconstituée
Parodontologie	maxi 300 Euros par an
Prothèses médicales (acceptées SS)	
Prothèses Auditives	230% BRSS + 750 Euros / oreille
Orthopédie et autres prothèses	230 % BRSS
Optique	UN EQUIPEMENT TOUS LES DEUX ANS (sauf changement de correction et mineur)
Monture	150 € maximum
Verres	Verres unifocaux : 100% BRSS – MRSS + 8% PMSS
	Verres multifocaux : 100% BRSS – MRSS + 15% PMSS
Kératochirurgie	20% PMSS / œil
Lentilles acceptées SS	100 % BRSS – MRSS + 10% par an
Lentilles refusées et jetables	10% PMSS par an
Cure thermale (acceptée SS)	
Frais de traitement et honoraires	100% BRSS – MRSS
Frais de voyage et hébergement	10% PMSS

Nature des prestations (suite)	Remboursements du régime complémentaire par bénéficiaire
Pack prévention	Vaccins non remboursés avec prescription : 75€ Diététicien : 35 € 3x / an Ostéo / Chiro : 20€ - 4x / an maxi Pilule non remboursée SS : 2% PMSS / an
Assistance	Incluse

BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale
MRSS : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale
PMSS : Plafond mensuel de Sécurité Sociale
Pour information, PMSS 2015 : 3 170 €

FR : Frais réel
CAS : Contrat d'accès aux soins

2-2 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les salariés

Au 1^{er} avril 2015, le régime complémentaire de frais de santé établi par le présent accord est financé par une cotisation représentant, chaque mois et pour la couverture du salarié lui-même:

- 1,85 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 1,30 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle

La cotisation est répartie entre l'employeur et le salarié dans les conditions prévues à l'article 7.3.4.¹ de la convention collective de l'EFS. La part salariale de la cotisation est directement précomptée par l'employeur qui la reverse, en même temps que la part patronale, à l'organisme assureur du régime.

Il est convenu que le taux de la cotisation pourra être adapté en fonction des évolutions de la législation et des résultats du contrat, cette modification faisant alors l'objet d'un avenant.

2-3 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les ayants-droit du salarié

Conformément à l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS, il est précisé que les ayants-droit du salarié, tels que définis audit article, peuvent adhérer à titre facultatif au régime complémentaire frais de santé, moyennant le paiement, à la charge exclusive du salarié, des cotisations réclamées par l'organisme assureur.

Au 1^{er} avril 2015, ces cotisations par adulte (ayant-droit au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS) sont de :

- 2,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 1,44 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

Au 1^{er} avril 2015, ces cotisations par enfant (ayant-droit au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS) sont de :

- 1,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 0,74 % du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

¹ A titre d'information, l'article 7.3.4 a été modifié par l'avenant n 9 en date du 28 octobre 2014 de la convention collective de l'EFS

RS AS 5 AW DB

Il est convenu que le taux de la cotisation pourra être adapté en fonction des évolutions de la législation et des résultats du contrat, cette modification faisant alors l'objet d'un avenant.

2-4 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les anciens salariés de l'EFS et couverture volontaire

Conformément aux articles 7.3.8 et 7.3.9 de la convention collective de l'EFS, il est précisé que les personnes telles que définies auxdits articles peuvent adhérer à titre facultatif au régime complémentaire frais de santé, moyennant le paiement, à leur charge exclusive, des cotisations réclamées par l'organisme assureur :

- Couverture des anciens salariés (article 7.3.8 de la convention collective de l'EFS, hors article 7.3.9 et portabilité de la protection sociale) :
 - o Au 1er avril 2015, les cotisations par adulte (par retraité et par ayant-droit adulte de celui-ci au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS) sont de :
 - 2,78 % du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale,
 - 1,94 % du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.
 - o au 1er avril 2015, les cotisations par enfant (par enfant ayant-droit, au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS, d'un retraité) sont de :
 - 1,06 % du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale,
 - 0,74 % du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.

- Couverture volontaire (article 7.3.9 de la convention collective de l'EFS) :

Les cotisations réclamées à ces personnes adhérentes à titre facultatif pour la couverture volontaire sont celles indiquées au 2-3 du présent avenant, appliquées à leur charge exclusive dans le cadre de l'article 7.3.9 de la convention collective de l'EFS.

Il est convenu que le taux de la cotisation pourra être adapté en fonction des évolutions de la législation et des résultats du contrat, cette modification faisant alors l'objet d'un avenant.

2-5 Fonds social Frais de santé dédié à l'EFS

L'avenant n°1 à l'accord portant révision du régime complémentaire de frais de santé a institué un fonds social Frais de santé dédié à l'EFS.

Il est précisé que les taux de cotisation versés à l'organisme assureur incluent le financement d'un fonds social Frais de santé propre à l'EFS, à hauteur de 1% des cotisations brutes versées.

Ce fonds aura pour objet de permettre un remboursement complémentaire total ou partiel des frais médicaux qui ne seraient pas entièrement couverts par les remboursements des régimes de Sécurité sociale et Frais de Santé mis en place par le présent accord.

Ce fonds sera administré par la Commission paritaire de suivi d'application de cet accord. Son règlement intérieur est annexé au présent avenant. (Cf. Annexes 1 et 2).

Titre 3 Portabilité de la protection sociale

Le présent titre définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, modifié par l'Accord National interprofessionnel du 11 janvier 2013.

Le nouveau dispositif de portabilité prévu par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale (créé par la Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013) entre en vigueur à compter du :

- 1er juin 2014 au titre des garanties liées aux remboursements de frais de santé ;
- 1er avril 2015 au titre des garanties prévoyance par voie d'accord

3-1 Bénéficiaires du dispositif de portabilité

Les bénéficiaires du dispositif de portabilité sont les anciens salariés de l'EFS, au terme de leur dernier contrat de travail (cessation de celui-ci ou rupture non consécutive à une faute lourde), à la condition de bénéficier d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

3-2 Garanties maintenues

Les bénéficiaires du dispositif de portabilité pourront garder les couvertures complémentaires santé et prévoyance obligatoires applicables au sein de l'EFS.

Les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçu au titre de la même période.

3-3 Durée et limite de la portabilité

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de ces garanties collectives en cas de cessation du contrat de travail, non consécutives à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de douze mois ou dans la limite de la durée du dernier contrat de travail (le cas échéant arrondie au nombre de mois supérieur) ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse lorsque :

- le bénéficiaire du dispositif reprend un autre emploi,
- le bénéficiaire du dispositif ne peut plus justifier de son statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage.

3-4 Financement

Le financement du maintien de ces garanties est assuré par mutualisation.

3-5 Droit à renoncement

Le salarié a la possibilité de renoncer au maintien de ces garanties ; s'il entend y renoncer, cette renonciation qui est définitive concerne l'ensemble des garanties et doit être notifiée

expressément par écrit à l'EFS, dans les dix jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

3-6 Obligation d'information

Pour bénéficier des dispositions objet du présent avenant, l'ancien salarié doit fournir à l'organisme assureur, la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Il doit également informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des couvertures complémentaires santé et prévoyance. A défaut de ces éléments d'information, les garanties ne seraient plus acquises.

Titre 4 Durée de l'avenant

Les dispositions du présent avenant prennent effet le 1er avril 2015 sous réserve de l'entrée en vigueur à cette même date des contrats d'assurance collective correspondants, visés au titre VII de la convention collective de l'EFS.

Le présent avenant est conclu pour une durée concomitante à celle des contrats d'assurance collective.

Ses dispositions pourront faire l'objet de modifications ou de révisions selon les modalités déterminées à l'article 1.6. de la convention collective, à condition toutefois qu'elles soient conformes aux dispositions du titre VII de la convention collective de l'EFS.

Ses dispositions pourront faire l'objet d'une dénonciation selon les modalités déterminées à l'article 1.7. de la convention collective.

Le présent avenant spécifique étant conclu dans le cadre du titre VII de la convention collective de l'EFS, il ne peut recevoir application que pour autant que le titre VII de ladite convention soit en vigueur. Aussi, les effets du présent avenant cesseraient immédiatement en cas de cessation de l'application du titre VII susvisé.

Enfin, il est rappelé que les effets du présent avenant cesseraient en cas de résiliation des contrats d'assurance collective et d'impossibilité de souscrire de nouveaux contrats offrant des conditions identiques.

Le présent avenant sera déposé auprès de la Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence, de la Consommation, du Travail, et de l'Emploi (DIRECCTE) de Seine Saint-Denis et du secrétariat du greffe du Conseil des Prud'hommes de Seine Saint-Denis.

Fait à Saint-Denis le 27/02/2015

En 07 exemplaires originaux.

François TOUJAS

Régine BASTY

Etablissement Français du Sang

Fédération CFDT Santé - Sociaux

Murielle BRUNET



↳ Serge DOMINIQUE

R. WISNIEWSKI



Fédération CGT de la Santé et
de l'Action Sociale

Daniel BLOOM



Fédération des personnels des Services Publics
et des Services de Santé "Force ouvrière"

Syndicat national de la transfusion sanguine
CFE/CGC Santé - Social

ANNEXE 1 : Règlement Intérieur Fonds social Frais de santé

MODALITÉS DE GESTION DU FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG PAR LA COMMISSION FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Le règlement intérieur précise les modalités de gestion du fonds social Frais de santé de l'Etablissement Français de Sang par la Commission paritaire frais de santé et prévoyance.

Article 1^{er} : Objet du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

Le régime complémentaire de frais de santé, établi par l'avenant n°1, a mis en place un fonds social dédié à l'EFS.

Ce fonds a pour but de venir en aide aux adhérents à l'occasion d'évènements familiaux lors de situations sociales et financières difficiles liées à la maladie ou à l'accident, à la perte de ressources ou lors de dépenses de santé onéreuses

L'objet du présent règlement intérieur est de :

- préciser clairement et formellement les dépenses liées à la santé pouvant donner lieu prioritairement à une prise en charge par le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang,
- définir les modalités de saisine du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang ainsi que les règles d'instruction de ces dossiers,
- maintenir le caractère exceptionnel du recours au fonds social, et ce, dans la limite des sommes disponibles,
- veiller à la communication auprès des adhérents (les salariés, leur ayants droit, les bénéficiaires, du régime d'accueil) des objectifs et du mode de fonctionnement du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang.

Article 2 : Bénéficiaires

Le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang est ouvert aux adhérents du régime de Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang.

Article 3 : Alimentation du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

Le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang est alimenté par une cotisation mensuelle de 1% des cotisations brutes versées.

Les membres de la Commission Frais de Santé et Prévoyance ne peuvent pas engager des dépenses qui ne correspondraient pas aux disponibilités du fonds social.

Article 4 : Fonctionnement du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

4.1- Gestionnaire du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

La Commission paritaire Frais de Santé et Prévoyance est composée « de l'employeur, représenté par une délégation qu'il désigne et d'une délégation de 3 personnes pour chaque organisation syndicale signataire ou adhérente à l'accord spécifique ».

AS AS FT AW
DP

La Commission Frais de Santé et Prévoyance et l'organisme assureur sont notamment chargés de l'administration du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang.

Elle sera appuyée dans cette mission par le responsable interne du fonds social dédié au sein de l'EFS.

Les décisions sont prises par la Commission Frais de Santé et Prévoyance, de façon consensuelle, et à défaut, à la majorité des présents.

La Commission Frais de Santé et Prévoyance procède à la désignation de son président, pour une durée de 2 ans, qui sera habilité à prendre la décision finale de prise en charge financière d'une demande examinée par la Commission en cas de partage des voix sur le dossier présenté.

4.2- Administration des demandes de secours au fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

L'adhérent, répondant à la définition de bénéficiaire exposée à l'article 2 du présent règlement, qui souhaite recourir au fonds social Frais de santé de L'Etablissement Français du Sang, devra solliciter le responsable du dossier au sein de l'EFS, afin d'établir un dossier de demande de secours exceptionnel comportant obligatoirement les informations demandées dans le formulaire prévu à cet effet (annexe 2).

Tout dossier incomplet ne pourra pas être pris en compte par la Commission.

Le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS se chargera de présenter les dossiers à la Commission Frais de Santé et Prévoyance.

4.3- Gestion financière du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

Le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang est administré par la Commission Frais de Santé et Prévoyance qui instruit les dossiers de demande de secours en lien avec le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS et charge l'organisme assureur d'effectuer les règlements décidés aux intéressés.

Une situation financière du fonds social est présentée en début de chaque réunion par l'organisme assureur ou la direction.

4.4- Décision d'allocation du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang

La Commission se réunit, si besoin est, 4 fois par an (le dernier mois de chaque trimestre) afin de statuer sur les demandes d'intervention du fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang.

L'examen du dossier, présenté par le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS, se fait sur la base de l'anonymat et du respect de l'ensemble des dispositions relatives aux droits des personnes. À cet effet, les membres de la Commission Frais de santé et Prévoyance s'engagent à respecter le caractère confidentiel des informations communiquées.

Après étude des dossiers présentés par le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS, la Commission peut décider de verser un secours ou de demander des informations complémentaires.

La décision de la Commission Frais de Santé et Prévoyance, en ce qui concerne l'acceptation des dossiers ou leur refus, est irrévocable. Dans l'hypothèse d'un refus, seule l'aggravation de la situation du demandeur peut permettre de soumettre une nouvelle fois la demande.

La prise en charge financière par le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang des dépenses inhérentes à des situations particulières ou difficiles se fera toujours sur la base d'un complément éventuel de fonds sociaux d'autres organismes sociaux soit :

- du régime général de la Sécurité Sociale

-
- du régime collectif complémentaire Frais de Santé géré par l'organisme assureur
 - du service social de la CPAM et du fonds social de l'assureur.....

Article 5 : Nature des interventions

Le fonds social Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang est destiné à couvrir tout ou partie des dépenses liées à l'état de santé, lorsqu'elles entraînent des difficultés financières pour l'adhérent, et nécessités notamment par :

- 1° - Le handicap d'un salarié adhérent ou d'un ayant droit bénéficiaire du régime Frais de Santé (aménagement mobiliers, appareillages importants...) après intervention de l'AGEFIPH,
- 2° - Les frais optiques importants (hors monture),
- 3° - Les appareillages ou prothèses ou orthèses (dentaires ou non dentaires) d'un montant élevé,
- 4° - Les dépenses exposées dans le cadre d'hospitalisations et non prises en charge par la Sécurité Sociale et par le régime complémentaire, effectuées dans le cadre d'une consommation de frais médicaux responsable.

Article 6 : Montant des interventions

Pour l'ensemble des calculs et des références, les ressources considérées sont le « Revenu Fiscal de Référence » figurant sur le dernier avis d'imposition.
On entend par « reste à charge », la différence entre le montant total des soins et le montant des remboursements (Sécurité Sociale et complémentaire santé).

En règle générale, le Fonds social ne prendra en charge qu'une partie du « reste à charge » selon le mode de calcul ci-dessous. Dans le cas d'une situation sociale exceptionnellement difficile et pouvant le justifier, la Commission peut décider d'une prise en charge totale du « reste à charge ».

Le montant de l'aide accordée est conditionné à la composition familiale :

- Salarié avec enfant(s) à charge :
Montant de l'aide = Reste à charge - (Revenu fiscal de référence X 1,5%)

- Salarié sans enfant à charge :
Montant de l'aide = Reste à charge - (Revenu fiscal de référence X 2%)

Les sommes attribuées sont arrondies à la dizaine supérieure sauf avis contraire et consensuel de la commission.
Toute décision de dépense doit obligatoirement être couverte par le budget disponible au jour de la décision.

**ANNEXE 2 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE
L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**

Le Fonds Social Frais de Santé de l'EFS est destiné à rembourser, dans les limites de son budget, tout ou partie des frais de santé non entièrement couverts par la Sécurité Sociale et notre Complémentaire Santé, au bénéfice d'un salarié étant dans une situation financière difficile.

I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL

Conditions :

- ▶ Le bénéficiaire des soins est adhérent à la Complémentaire santé (salarié, ancien salarié bénéficiaire des garanties du régime complémentaire santé, et ayants-droit, bénéficiaire du régime d'accueil)
- ▶ Il s'agit de dépenses de santé (hors aménagement d'habitat, frais d'obsèques, esthétique etc.)
- ▶ Les dépenses de santé concernent l'année en cours ou l'année passée pour les Commissions de début d'année
- ▶ La dépense a un caractère nécessaire, exceptionnel et est liée, notamment, à un handicap, des appareillages, prothèses, orthèses, une hospitalisation, ou des frais optiques (hors monture) ou dentaires importants
- ▶ La situation financière du demandeur ou de sa famille est difficile ou rendue difficile par cette dépense.

**II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET :
SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA COMMISSION.**

Pièces obligatoires à fournir :

- ▶ Justificatif de l'adhésion à la Complémentaire santé si le salarié n'est pas le bénéficiaire des soins (ex : retraité ou ayant droit)
- ▶ Certificat médical attestant de l'état de santé rendant nécessaire la dépense
- ▶ Justificatif de la dépense
- ▶ Justificatif des remboursements Sécu
- ▶ Justificatif des remboursements Mutuelle
- ▶ Au moins 2 devis de professionnels différents *
- ▶ Photocopie du dernier bulletin de salaire pour vous et votre conjoint,
- ▶ Photocopie du dernier avis d'imposition ou, à défaut, certificat de non-imposition
- ▶ Tous les justificatifs de vos charges
- ▶ Tous les justificatifs relatifs à votre demande

N'oubliez pas que ce qui peut vous paraître indiscret dans ce formulaire ne se justifie que par le souci de mieux comprendre votre demande afin de pouvoir vous accompagner.

Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté anonyme à la Commission.

DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE

NOM :
.....

PRÉNOM :

.....

ADRESSE :

.....

.....

.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

FONCTION :

.....

LIEU D'ACTIVITÉ :

.....

DATE D'EMBAUCHE :

SITUATION DE FAMILLE (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubin
- Union libre / Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) - Date du décès du conjoint --- / --- / ---

NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE (si différent du demandeur) :

.....

.....

.....

Handwritten initials: BS, AB, AB, AB, AB

PERSONNES À CHARGE				
NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION DE FAMILLE	PROFESSION OU SITUATION PARTICULIERE (de la personne à charge et/ou du conjoint)

RS
 13 R
 DB

RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE			
DÉSIGNATION	RESSOURCES		
	du demandeur	du conjoint ou concubin	des autres personnes vivant au foyer
► Salaires nets
► Allocations familiales
► Allocation logement
► Autres ressources ⁽¹⁾
TOTAL :			

⁽¹⁾ Exemples : rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...

CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE	
LOGEMENT ⁽²⁾	
<p>Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIETE (barrer la mention inutile)</p> <p>■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété :€ par an</p> <p>■ Taxe foncière : € par an</p> <p>■ Taxe d'habitation :€ par an</p> <p>■ Charges de copropriété : € par an</p>	<p>Si vous êtes LOCATAIRE :</p> <p>■ Loyer :€ par an</p> <p>■ Taxe d'habitation : € par an</p> <p>■ Charges locatives ou de copropriété :€ par an</p>
<p>■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement : € par an</p>	
<p>■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	
AUTRES CHARGES ⁽²⁾	
<p>■ Chauffage : € par an</p> <p>■ Impôts sur le revenu : € par an</p> <p>■ Gaz, électricité : € par an</p>	<p>■ Crédits à la consommation (à détailler) : € par an</p> <p>■ Autres charges régulières :€ par an</p>

Handwritten signatures and initials: PB, AB, BB, FF, RW.

CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)	
■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) :	€
■ Frais d'amélioration du confort de votre logement :	€
■ Frais consécutifs à un décès :	€
■ Autres (à préciser) :	€
TOTAL :	

⁽²⁾ Joindre impérativement tous les justificatifs

DETAILS DE LA DEPENSE :			
MONTANT HORS REMBOURSEMENT :			
REMBOURSEMENT SECU (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :			
REMBOURSEMENT MUTUELLE (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :			
REMBOURSEMENT 2 ^{ème} MUTUELLE (CONJOINT OU SURMUTUELLE) :			
TOTAL DES REMBOURSEMENTS :			
RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :			
AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU DEMANDEES CES 12 DERNIERS MOIS			
DESIGNATION	MOTIF	MONTANT	DATE

▶ Centre communal d'action sociale (CCAS)	.....	.....	.....
▶ Fonds social de la CPAM	.....	.....	.....
▶ Fonds social (complémentaire Frais de Santé)	.....	.....	.....
▶ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS)	.....	.....	.....
▶ Commission d'entraide ou de secours du CE	.....	.....	.....
▶ Autre Commission sociale	.....	.....	.....
▶ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	.....	.....	.....
▶ Divers	.....	.....	.....

RB
 AB
 DB
 F
 RW

RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :

Empty space for the summary of context and request.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements
contenus dans la présente demande.
En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Fait à le

Signature :

RB FT RW
RB RB

ANNEXE 3 : Règlement intérieur Fonds social Prévoyance

MODALITÉS DE GESTION DU FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG PAR LA COMMISSION FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Le règlement intérieur précise les modalités de gestion du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français de Sang par la Commission paritaire frais de santé et prévoyance.

Article 1^{er} : Objet du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

Le régime complémentaire de prévoyance met en place un fonds social dédié à l'EFS.

Ce fonds aura pour but de venir en aide ou d'accompagner les bénéficiaires du régime prévoyance EFS, de façon exceptionnelle et/ou dans des cas ayant un caractère d'urgence, à l'occasion de situations sociales et financières difficiles liées, au décès, à l'incapacité temporaire de travail, à l'incapacité permanente de travail et à l'invalidité.

L'objet du présent règlement intérieur est de :

- préciser clairement et formellement les dépenses pouvant donner lieu à une prise en charge par le fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang,
- définir les modalités de saisine du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang ainsi que les règles d'instruction de ces dossiers,
- maintenir le caractère exceptionnel du recours au fonds social, et ce, dans la limite des sommes disponibles,
- veiller à la communication auprès des adhérents du régime de prévoyance (salariés et ex-salariés bénéficiant des garanties du régime prévoyance) des objectifs et du mode de fonctionnement du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang.

Article 2 : Bénéficiaires du Fonds social prévoyance

Le fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang est ouvert aux salariés et ex-salariés bénéficiant des garanties du régime prévoyance de l'Etablissement Français du Sang mis en place au 1^{er} juillet 2013.

Article 3 : Alimentation du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

Le fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang est alimenté par une cotisation annuelle de 1% des cotisations brutes versées.

Les membres de la Commission Frais de Santé et Prévoyance ne peuvent pas engager des dépenses qui ne correspondraient pas aux disponibilités du fonds social.

Article 4 : Fonctionnement du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

4.1- Gestionnaire du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

La Commission paritaire Frais de Santé et Prévoyance est composée « de l'employeur, représenté par une délégation qu'il désigne et d'une délégation de 3 personnes pour chaque organisation syndicale signataire ou adhérente à l'accord spécifique ».

La Commission Frais de Santé et Prévoyance et l'organisme assureur sont, notamment, chargés de l'administration du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang.

Elle sera appuyée dans cette mission par le responsable interne du fonds social dédié au sein de l'EFS.

Les décisions sont prises par la Commission Frais de Santé et Prévoyance, de façon consensuelle, et à défaut à la majorité des présents.

La Commission Frais de Santé et Prévoyance procède à la désignation de son président, pour une durée de 2 ans, qui sera habilité à prendre la décision finale de prise en charge financière d'une demande examinée par la Commission en cas de partage des voix sur le dossier présenté.

4.2- Administration des demandes d'aide au fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

L'adhérent, répondant à la définition de bénéficiaire déterminée à l'article 2 du présent règlement, qui souhaite recourir au fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang, devra solliciter le responsable du dossier au sein de l'EFS, afin d'établir un dossier de demande de secours exceptionnel comportant obligatoirement les informations demandées dans le formulaire prévu à cet effet (annexe 4).

Tout dossier incomplet ne pourra pas être pris en compte par la Commission.

Le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS se chargera de présenter les dossiers à la Commission Frais de Santé et Prévoyance.

4.3- Gestion financière du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

Le fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang est administré par la Commission Frais de Santé et Prévoyance qui instruit les dossiers de demande d'aide en lien avec le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS et charge l'organisme assureur d'effectuer les règlements décidés aux intéressés.

Une situation financière du fonds social est présentée, en début de chaque réunion, par l'organisme assureur ou la direction.

4.4- Décision d'allocation du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang

La Commission se réunit, si besoin est, 4 fois par an afin de statuer sur les demandes d'intervention du fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang.

L'examen du dossier, présenté par le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS, se fait sur la base de l'anonymat et du respect de l'ensemble des dispositions relatives au droit des personnes. À cet effet, les membres de la Commission Frais de Santé et Prévoyance s'engagent à respecter le caractère confidentiel des informations communiquées.

Après étude des dossiers présentés par le responsable interne du dossier fonds social dédié au sein de l'EFS, la Commission peut décider de verser une aide ou de demander des informations complémentaires.

La décision de la Commission Frais de Santé et Prévoyance d'accepter ou de refuser les dossiers est irrévocable. Dans l'hypothèse d'un refus, seule l'aggravation de la situation du demandeur peut permettre de soumettre une nouvelle fois la demande.

La prise en charge financière par le fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang des dépenses inhérentes à des situations particulières ou difficiles se fera toujours sur la base d'un complément éventuel de fonds sociaux d'autres organismes sociaux soit notamment :

- du régime général de la Sécurité Sociale
- du régime collectif complémentaire Prévoyance géré par l'organisme assureur
- du régime collectif complémentaire Frais de santé géré par l'organisme assureur
- du service social de la CPAM

- du fonds social frais de santé de l'EFS
- et de l'EFS en application de l'accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap

Article 5 : Nature des interventions

Le fonds social Prévoyance de l'Etablissement Français du Sang est destiné à couvrir tout ou partie des dépenses liées à l'état de santé et entraînant des difficultés financières pour l'adhérent. La demande d'intervention doit être en lien avec les garanties du contrat prévoyance :

Garanties Prévoyance	Interventions du fonds social prévoyance	Bénéficiaires du fonds social
Incapacité temporaire de travail, Incapacité permanente de travail, Invalidité	Prise en charge de tout ou partie des dépenses notamment liées à : <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement du cadre de vie tel que : <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition d'équipement spécifiques (ex : <i>appareillage ou prothèse</i>) - Aménagement du logement - Aménagement du véhicule - • Assistance à domicile telle que : <ul style="list-style-type: none"> - Garde d'enfants - Aide-ménagère - ... • Accompagnement par un professionnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Adhérent ou ex-adhérent pris en charge au titre des garanties
Décès	<ul style="list-style-type: none"> • Frais d'obsèques sous forme d'indemnité forfaitaire de 30% du PMSS, dans la limite du reste à charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayant droit d'un adhérent décédé

Article 6 : Montant des interventions

Pour l'ensemble des calculs et des références, les ressources considérées sont le « Revenu Fiscal de Référence » figurant sur le dernier avis d'imposition.

On entend par « reste à charge », la différence entre le montant total des prestations et le montant des remboursements (Sécurité Sociale et Mutuelle).

En règle générale, le Fonds social ne prendra en charge qu'une partie du « reste à charge » selon le mode de calcul ci-dessous. Dans le cas d'une situation sociale exceptionnellement difficile et pouvant le justifier, la Commission peut décider d'une prise en charge totale du « reste à charge ».

Le montant de l'aide accordée est conditionné à la composition familiale :

- Salarié avec enfant(s) à charge :

Montant de l'aide = Reste à charge - (Revenu fiscal de référence X 1,5%)

- Salarié sans enfant à charge :

Montant de l'aide = Reste à charge - (Revenu fiscal de référence X 2%)

Les sommes attribuées sont arrondies à la dizaine supérieure sauf avis contraire et consensuel de la commission.

Toute décision de dépense doit obligatoirement être couverte par le budget disponible au jour de la décision.

ANNEXE 4 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

Le Fonds Social Prévoyance de l'EFS est destiné à aider, ou accompagner, dans les limites de son budget, les bénéficiaires du régime prévoyance EFS étant dans une situation financière particulièrement difficile liée au décès, à l'incapacité temporaire de travail, à l'incapacité permanente de travail et à l'invalidité.

I. VERIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL

Conditions :

- ▶ Le bénéficiaire des prestations est adhérent au régime Prévoyance de l'EFS
- ▶ Il s'agit de dépenses présentant un lien avec les garanties du régime prévoyance.
- ▶ La dépense a un caractère nécessaire, exceptionnel et est liée, notamment à :
 - L'aménagement du cadre de vie
 - L'assistance à domicile
 - L'accompagnement par un professionnel de santé
 - Les frais d'obsèques
- ▶ Les dépenses concernent l'année en cours (ou l'année passée pour les Commissions de début d'année)
- ▶ La situation financière du demandeur ou de sa famille est difficile ou rendue difficile par cette dépense

II. VERIFIEZ QUE VOTRE DOSSIER EST COMPLET : SINON IL NE SERA PAS TRAITE PAR LA COMMISSION.

Pièces obligatoires à fournir :

- ▶ Certificat attestant de l'état de santé rendant nécessaire la dépense (ou certificat de décès)
- ▶ Au moins 2 devis de professionnels différents
- ▶ ou justificatif de la dépense
- ▶ Justificatif des remboursements Sécu
- ▶ Justificatif des remboursements complémentaires
- ▶ Photocopie du dernier avis d'imposition ou, à défaut, certificat de non-imposition
- ▶ Tous les justificatifs relatifs à votre demande

N'oubliez pas que ce qui peut vous paraître indiscret dans ce formulaire ne se justifie que par le souci de mieux comprendre votre demande afin de pouvoir vous accompagner.

Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté anonyme à la Commission.

DEMANDEUR / BÉNÉFICIAIRE

NOM :

.....

PRÉNOM :

.....

ADRESSE :

.....

.....

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

FONCTION :

.....

LIEU D'ACTIVITÉ :

.....

DATE D'EMBAUCHE :

SITUATION DE FAMILLE (mettre une croix dans la case utile) :

- Célibataire
- Marié(e)
- Concubin
- Union libre / Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) - Date du décès du conjoint --- / --- / ---

NOM, PRÉNOM ET LIEN DE PARENTÉ DU BÉNÉFICIAIRE (si différent du demandeur) :

.....

.....

.....

PERSONNES À CHARGE				
NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION DE FAMILLE	PROFESSION OU SITUATION PARTICULIERE (de la personne à charge et/ou du conjoint)

RESSOURCES ANNUELLES DE LA FAMILLE			
DÉSIGNATION	RESSOURCES		
	du demandeur	du conjoint ou concubin	des autres personnes vivant au foyer
▶ Salaires nets
▶ Allocations familiales
▶ Allocation logement
▶ Autres ressources ⁽¹⁾
TOTAL :			

⁽¹⁾ Exemples : rentes viagères, revenus mobiliers, loyers, pension militaire, rente d'invalidité, pension alimentaire...

CHARGES ANNUELLES DE LA FAMILLE	
LOGEMENT ⁽²⁾	
Si vous êtes PROPRIETAIRE ou en ACCESSION À LA PROPRIÉTÉ (barrer la mention inutile) <ul style="list-style-type: none"> ■ Remboursement de prêts pour accession à la propriété :€ par an ■ Taxe foncière : € par an ■ Taxe d'habitation :€ par an ■ Charges de copropriété : € par an 	Si vous êtes LOCATAIRE : <ul style="list-style-type: none"> ■ Loyer :€ par an ■ Taxe d'habitation : € par an ■ Charges locatives ou de copropriété :€ par an
■ Si VOUS HABITEZ, chez vos parents, des enfants, ou d'autres personnes, indiquez le montant de votre participation aux frais de logement : € par an	
■ Êtes-vous logé à titre gratuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AUTRES CHARGES ⁽²⁾	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Chauffage : € par an ■ Impôts sur le revenu : € par an ■ Gaz, électricité : € par an 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Crédits à la consommation (à détailler) : € par an ■ Autres charges régulières :€ par an
CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) : € ■ Frais d'amélioration du confort de votre logement :€ ■ Frais consécutifs à un décès : € ■ Autres (à préciser) : € 	
TOTAL :	

⁽²⁾ Joindre impérativement tous les justificatifs

RS AB DB FT RW

DETAILS DE LA DEPENSE :

MONTANT HORS REMBOURSEMENT :

REMBOURSEMENT SECU (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :

TOTAL DES REMBOURSEMENTS :

RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :

**AIDES EXCEPTIONNELLES REÇUES OU DEMANDEES
CES 12 DERNIERS MOIS**

DESIGNATION	MOTIF	MONTANT	DATE
▶ Fonds social Frais de santé
▶ Accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap
▶ Centre communal d'action sociale (CCAS)
▶ Fonds social de la CPAM
▶ Fonds social (complémentaire Frais de Santé ou Prévoyance)
▶ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS)
▶ Commission d'entraide ou de secours du CE
▶ Autre Commission sociale
▶ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)			
▶ Agefiph			
▶ Divers			

RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :

[Empty rectangular box for content]

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements
contenus dans la présente demande.
En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.

Fait à le Signature :

Handwritten initials: FT, RW, RB, HB, DB

ANNEXE 5 : Répartition des champs d'intervention des différents dispositifs existants au sein de l'EFS -

	Natures des interventions		Bénéficiaires
Fonds social Prévoyance- EFS	Incapacité temporaire de travail, Incapacité permanente de travail, Invalidité	<p>Prise en charge de tout ou partie des dépenses notamment liées à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aménagement du cadre de vie tel que : <ul style="list-style-type: none"> - Acquisition d'équipement spécifiques (ex : <i>appareillage ou prothèse</i>) - Aménagement du logement - Aménagement du véhicule - • Assistance à domicile telle que : <ul style="list-style-type: none"> - Garde d'enfants - Aide-ménagère - ... • Accompagnement par un professionnel de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Adhérent du régime prévoyance (Salariés ou ex-salariés bénéficiant des garanties prévoyance)
	Décès	Frais d'obsèques	<ul style="list-style-type: none"> • Ayant droit d'un adhérent décédé
Fonds social Frais de santé - EFS	Frais de santé	<p>Prise en charge de tout ou partie des dépenses élevées liées à l'état de santé, et nécessités notamment par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le handicap d'un salarié adhérent ou d'un ayant droit bénéficiaire du régime Frais de Santé (aménagements mobiliers, appareillages importants...) après intervention de l'AGEFIPH, • Les frais optiques importants (hors monture), • Les appareillages ou prothèses ou orthèses (dentaires ou non dentaires) d'un montant élevé, • Les dépenses exposées notamment dans le cadre d'hospitalisations non prises en charge par la Sécurité Sociale ni par le régime complémentaire, effectuées dans le cadre d'une consommation de frais médicaux responsable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adhérent du régime frais de santé

Accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap	Incompatibilité poste- handicap dû à l'apparition, ou l'aggravation d'un handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse ergonomique du poste de travail • Acquisition de matériel spécifique (fauteuil ergonomique, prothèses auditives...) • Aides techniques • Aménagement de l'organisation de travail • Aménagement d'horaires • Accompagnement individuel • Amélioration des conditions d'accessibilité des locaux • Recours au temps partiel thérapeutique • Financement des dispositifs de compensation du handicap (clavier en braille...) • Mesures facilitant le transport adapté entre le domicile et le lieu de travail (taxi, aide à l'achat et à l'aménagement d'un véhicule) • Reclassement 	<ul style="list-style-type: none"> • Salariés reconnus travailleurs handicapés • Salariés ayant engagé une démarche de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (avec récépissé de la demande)
	Gestion des restrictions médicales durables	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de formation ou d'aménagement du poste de travail 	Salariés

FT
 103 113 DB

