



AVENANT N°8
ACCORD SPECIFIQUE RELATIF AUX
REGIMES COMPLEMENTAIRES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE
SANTE INSTITUES PAR LA CONVENTION COLLECTIVE DE
L'ETABLISSEMENT FRANCAIS DU SANG

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
Article 1 – Objet du présent avenant.....	4
TITRE 1 Régime complémentaire de Prévoyance.....	5
1.1 Garanties du régime complémentaire de prévoyance.....	5
1.1.1 Décès.....	5
1.1.2 Arrêt de travail.....	8
1.1.3 Revalorisation de l'assiette de prestations.....	9
1.2 Financement du régime complémentaire de prévoyance.....	9
1.3 Fonds social Prévoyance dédié à l'EFS.....	9
TITRE 2 Régime complémentaire de Frais de Santé.....	10
2.1 Garanties du régime complémentaire de frais de santé.....	10
2.2 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les salariés.....	15
2.3 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les ayants droit du salarié ...	15
2.4 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les anciens salariés de l'EFS et couverture volontaire.....	15
2.5 Fonds social Frais de santé dédié à l'EFS.....	16
TITRE 3 : Portabilité de la protection sociale.....	17
3.1 Bénéficiaires.....	17
3.2 Garanties maintenues.....	17
3.3 Durée et limite de la portabilité.....	17
3.4 Financement.....	17
3.5 Obligation d'information.....	17
TITRE 4 – Durée et date d'entrée en vigueur.....	18
Article 2 – Dépôt et publicité de l'avenant.....	18
Annexes jointes.....	18
ANNEXE 1 : REGLEMENT INTERIEUR FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTE.....	20
ANNEXE 2 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTÉ DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG.....	23
ANNEXE 3 : REGLEMENT INTERIEUR FONDS SOCIAL PREVOYANCE.....	33
ANNEXE 4 : DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE FONDS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG.....	37
ANNEXE 5 : REPARTITION DES CHAMPS D'INTERVENTION DES DIFFERENTS DISPOSITIFS EXISTANT AU SEIN DE L'EFS.....	45

Entre les soussignés :

- **L'Etablissement Français du Sang**, pris en la personne de son représentant qualifié, François TOUJAS, Président.

D'une part,

et

- **Les organisations syndicales représentatives** ci-dessous énumérées, prises en les personnes de leurs représentants qualifiés,

Benoît LEMERCIER, délégué syndical central de l'Etablissement Français du Sang pour la **CFDT**.

Annick VENZAL, déléguée syndicale centrale de l'Etablissement Français du Sang pour **FO**.

Daniel BLOOM, délégué syndical central de l'Etablissement Français du Sang pour la **SNTS CFE-CGC**.

D'autre part,

PREAMBULE

Les organisations syndicales représentatives et la direction de l'EFS se sont réunies afin d'étudier les adaptations souhaitées en vue du renouvellement de leurs régimes frais de santé et prévoyance au 1^{er} janvier 2021.

Il a été convenu que la mise en œuvre de ces régimes poursuit les objectifs suivants ;

- Respecter les critères des contrats responsables prévus par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale afin de faire bénéficier l'EFS et son personnel du régime social et fiscal de faveur attaché aux cotisations qui financent ces régimes (dans les conditions prévues aux articles L.242-1 alinéas 6 et 8 et L. 862-4 II, du Code de la Sécurité sociale ainsi que de l'article 83, 1^o, Quater du Code général des impôts) ;
- Rechercher le meilleur dispositif de remboursement de frais de santé et de prévoyance en termes de rapport garanties/coûts tout en conservant un bon équilibre de ces régimes à long terme.

En conséquence, il a été conclu le présent avenant à l'accord spécifique prévoyance et frais de santé.

Article 1 – Objet du présent avenant

Le présent avenant remplace l'avenant n° 4, 5, 6 et 7¹ à l'accord spécifique aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la Convention collective de l'Etablissement Français du Sang signé le 27 février 2015. Le présent avenant est conclu en 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 les limites des contrats d'assurance collective visés aux articles 7.2 et 7.3, 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 Avenants n° 5 et 6 signés le 11 janvier 2019, Avenant n° 7 signé le 12 décembre 2019

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 un 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 trois options, les précisions suivantes sont apportées :

- Le capital décès est exprimé en pourcentage du salaire annuel brut de référence².
- Est considéré comme étant en situation d'invalidité absolue et définitive³ (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 enfant à charge, les enfants à naître ou nés du salarié ou de son conjoint (ou assimilé) : les enfants peuvent être légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis au foyer de l'assuré(e) au cours de leur minorité.
 - Agés de moins de 18 ans
 - Agés de moins de 27 ans, étudiant(s) et n'exerçant pas une activité de plus de trois mois. Ou s'ils justifient de la recherche d'un premier emploi et inscrits à pôle emploi.

Les enfants handicapés quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient titulaires d'une carte mobilité inclusion.

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%

² 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 exemples, 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.

³ Il faut entendre par Invalidité absolue et Définitive, l'invalidité de 3^{ème} catégorie définie à l'article L341-4 du Code de la Sécurité sociale : « Invalides qui, étant absolument incapables d'exercice 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.

- 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 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 ans à 26 ans révolus 20%*

* du salaire annuel de référence⁴.

⁴ 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 exemples, le salaire pris en considération est le salaire qu'aurait perçu le salarié s'il avait normalement travaillé.

La prestation sera actualisée selon les modalités prévues au paragraphe 1.1.3.

AK DB
SP BL

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 du versement de la rente éducation servie à titre principal aux enfants à charge.

1.1.1.3. Option 3- Capital Décès et rente 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 ou partenaire de PACS sans enfant à charge : | 125% |
| ▪ Salarié, quelle que soit sa situation de famille ayant un enfant à charge : | 125% |
| ▪ Majoration par enfant supplémentaire à charge : | Sans objet |

Invalidité 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'Invalidité 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 la garantie est considéré comme étant au moins égal à 5.
- Une rente temporaire, versée jusqu'au moment où le conjoint bénéficiaire part à la 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 un ayant droit du salarié, une allocation obsèques est accordée dans la limite des frais réels :

- En cas de décès du salarié : 30% du PMSS
- En cas de décès d'un ayant droit du salarié : 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 Collective de l'EFS.

FT DB
SP RL

2.1.1 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 par l'organisme en charge du contrat de prévoyance 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, étant entendu que pour tous les arrêts discontinus inférieurs ou égaux à 90 jours sur l'année, comme le prévoit l'accord, le salaire est maintenu par l'EFS dans les conditions prévues par l'article 3-2-2-2 c de la Convention collective.

A partir du 91^e jour, ces salariés bénéficient des prestations complémentaires d'incapacité temporaire permettant de porter leur revenu à 100% de leur salaire net, tant qu'ils continuent à percevoir une prestation de la Sécurité sociale.

1.1.2.2. Incapacité temporaire ou permanente 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 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.

La rente est calculée sur la base des salaires bruts des 12 derniers mois (salaire ayant donné lieu à cotisations) précédant l'arrêt de travail.

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%

FK DB
SR BL

2.1.2 Revalorisation de l'assiette de prestations

La revalorisation de l'assiette de prestations sera indexée sur la variation du point IRCANTEC.⁵
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 1er janvier 2021 :

- Tranche 1⁶ : 2,04%
- Tranche 2 : 3,20%

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.

Ce fonds social sera alimenté par un prélèvement sur les cotisations brutes HT encaissées par l'organisme assureur au titre du régime prévoyance et calculé annuellement de la manière suivante :

Prélèvement annuel = Montant des prestations versées dans le cadre du fonds social au titre de l'exercice N-1 divisé par les cotisations brutes HT encaissées.

En tout état de cause, ce prélèvement ne pourra pas excéder annuellement 1% des cotisations brutes HT encaissées au titre de chaque risque couvert.

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 est administré par la Commission paritaire de suivi d'application de cet accord. Son règlement intérieur est annexé au présent avenant (cf. Annexes).

⁵ La revalorisation ne pourra pas être inférieure à la variation du point EFS, majorée de 0,3 points.

⁶ La fusion des caisses AGIRC et ARCCO a donné naissance au 1^{er} janvier 2019, à un régime unifié de retraite complémentaire obligatoire. Les anciennes tranches 2 « ARRCO » et tranches B et C « AGIRC » (entre 1 et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale et entre 4 et 8 fois le plafond de la Sécurité sociale), sont fusionnées. Seules deux tranches de rémunération sont conservées :

- La tranche 1 allant de 0 à 1 fois le plafond de la Sécurité sociale (de 0 à 41 136 € pour l'année 2020)
- La tranche 2 : allant de 1 à 8 fois le plafond de la Sécurité sociale (de 41 136 € pour l'année 2020 à 329 088 € en 2020).

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 ACTES INDEMNISÉS		Remboursements dans la limite des frais engagés en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) hors chirurgie esthétique	
	Frais de Séjour (conventionnés)	250% BRSS
	Frais de Séjour (non conventionnés)	100% Ticket modérateur
	Honoraires déclarés à la Sécurité Sociale	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS
	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionné et non conventionné)*	200% BRSS – MRSS
	Forfait journalier hospitalier	100% de la dépense engagée (DE) sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100% de la participation forfaitaire
	Frais d'accompagnant (1)	1% PMSS / jour
	Actes techniques médicaux (effectués en externat)	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BRSS

	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS – MRSS
	Imagerie médicale	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BRSS
	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS – MRSS
	Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (y compris maternité) (1)	3% PMSS / jour
	Frais de transport	100% BRSS – MRSS
	SOINS DENTAIRES	
	Soins et prothèses dentaires 100% Santé ** - A compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer
	Soins dentaires	100% BRSS – MRSS
	Parodontologie remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale	100% DE dans la limite de 300 euros par an
	ORTHODONTIE	
	Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, sur la base d'un TO 90 - par semestre (2)	230% BRSS
	Orthodontie refusée par la Sécurité sociale, sur la base d'un TO 90 - par semestre (2)	160% BRSS reconstituée
	PROTHÈSES DENTAIRES	
	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale hors Inlay Core, sur la base d'une prothèse type couronne	330% BRSS
	Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale hors Inlay Core, sur la base d'une prothèse type couronne	160% BRSS reconstituée
	Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	730 euros limité à 1 implant / an / bénéficiaire
	Inlays Core remboursés par la Sécurité sociale	230% BRSS
	Plafond global dentaire (uniquement sur les prothèses remboursées Sécurité sociale autres que 100% santé) (3)	1419 € par an et par bénéficiaire

OPTIQUE - PROTHESE	Equipement verres - monture (limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans (6))	
	Equipement 100% Santé ** (Classe A)	sans reste à payer
	Equipement autre que 100% Santé (Classe B)	
	Verres unifocaux	8,5 % PMSS (7)
	Verres multifocaux	16% PMSS (7)
	Par monture de lunettes	100 euros maximum (y compris SS)
	Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale	100% BRSS - SS + 10% PMSS / an / bénéficiaire
	Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables)	10% PMSS / an / bénéficiaire
	AUTRES GARANTIES OPTIQUES	
	Chirurgie optique réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	20% PMSS / œil
	AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT	
	- A compter du 01/01/2021 avec un renouvellement par appareil tous les 4 ans :	
	Equipement 100% Santé ** (Classe I)	Sans reste à payer
	Equipement autre que 100% Santé (classe II)	230% BRSS + 750 € par oreille limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires), y compris SS
AUTRES PROTHESES		
Appareillage, Orthopédie remboursés par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et sur prescription)	230 % BRSS	

FRAIS MEDICAUX	CONSULTATIONS	
	Consultations / visites de généralistes	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BRSS – MRSS
	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110 % BRSS – MRSS
	Consultations / visites de spécialistes	
- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BRSS	

	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BRSS + TM
	Auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité sociale (infirmiers, kinésithérapeutes ...)	100% BRSS – MRSS
	Analyses	100% BRSS – MRSS
	Ostéopathie ou chiropractie, ou psychomotricien ou psychologue	35 euros par séance, limité à 4 séances par an et par bénéficiaire
	Diététicien	35 euros par séance, limité à 4 séances par an et par bénéficiaire
	Imagerie médicale	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BRSS – MRSS
	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BRSS – MRSS
	PHARMACIE	
	Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale	100% BRSS – MRSS
	Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale	100% BRSS – MRSS
	Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	100% BRSS – MRSS
	Vaccins non remboursés mais prescrits	75 euros par an
	FRAIS DE TRANSPORT	
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS – MRSS
	CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA SECURITE SOCIALE	
	Honoraires et traitement thermal	100% BRSS – MRSS
	Hébergement et transport	10% PMSS
PREVENTION	ACTES DE PREVENTION	
	Prestations jugées prioritaires par rapport aux objectifs de santé publique (5)	Oui
	Pilule contraceptive (4)	2% PMSS / an / bénéficiaire
	Assistance	Incluse

FK DB

Sc RL

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

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

(1) Montants versés hors conventions spécifiques - Limitation de la prise en charge à 90 jours par an et par bénéficiaire.

(2) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(3) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du Ticket Modérateur + 25% de la Base de Remboursement est assurée.

(4) Remboursement uniquement sur prescription médicale et facture.

(5) Est couvert l'ensemble des actes de prévention prévu par l'arrêté du 08 juin 2006.

(6) Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans de date à date (sauf cas particuliers : pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié sur ordonnance par une évolution de la vue => une fois par an de date à date).

(7) Les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

LEGENDE :

- TM : Ticket Modérateur. Part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale sur la base de remboursement.
- BRSS : Base de Remboursement retenue par la Sécurité Sociale.
- MRSS : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (valeur 2020 : 3428 Euros).
- DE : Dépense Engagée par l'assuré.
- X % BRSS - MRSS : Montant Remboursé en pourcentage de la Base de remboursement SS, y inclus le remboursement de la Sécurité Sociale.

NOTA BENE :

Les garanties sont mises en œuvre par le contrat d'assurance et relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur retenu, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Elles sont conformes aux dispositions légales et réglementaires régissant le cahier des charges des « contrats responsables ». À ce titre, elles seront adaptées à toute modification rendue nécessaire par l'évolution du cahier des charges des « contrats responsables ».

2.2 Financement du régime complémentaire de frais de santé pour les salariés

Au 1er janvier 2021, le régime complémentaire de frais de santé établi par le présent accord est financé par une cotisation représentant chaque mois pour la couverture du salarié lui-même:

- 1,73% du plafond mensuel de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 1,21% 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. 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.

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 1er janvier 2021, ces cotisations par adulte (ayant-droit au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS) sont de :

- 1,92% du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 1,34% du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

Au 1er janvier 2021, ces cotisations par enfant (ayant-droit au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS) sont de :

- 0,99% du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime général de la Sécurité sociale,
- 0,70% du plafond mensuel de la sécurité sociale pour l'ayant-droit d'un salarié EFS relevant du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

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 janvier 2021, 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 :

Pour le retraité du régime général (en % du PMSS):

- Pour la première année : 1,73% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.
- Pour la deuxième année : 2,16% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.
- Pour la troisième année : 2,59% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.

Pour le conjoint du régime général (en % du PMSS):

- Pour la première année : 1,92% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.
- Pour la deuxième année : 2,40% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.
- Pour la troisième année : 2,88% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.

Pour le retraité du Régime local Alsace-Moselle (en % du PMSS)

- Pour la première année : 1,21% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle
- Pour la deuxième année : 1,51% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle
- Pour la troisième année : 1,81% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle

Pour le conjoint du Régime local Alsace-Moselle (en % du PMSS)

- Pour la première année : 1,34% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.
- Pour la deuxième année : 1,67% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.
- Pour la troisième année : 2,01% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

- Au 1^{er} janvier 2021, les cotisations par enfant (ayant-droit, au sens de l'article 7.3.7 de la convention collective de l'EFS, d'un retraité) sont de :

Enfant du Régime général (en % du PMSS)

- Pour la première année : 0,99% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.
- Pour la deuxième année : 0,99% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.
- Pour la troisième année : 0,99% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale.

Enfant du Régime local Alsace-Moselle (en % du PMSS) :

- Pour la première année : 0,70% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.
- Pour la deuxième année : 0,70% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.
- Pour la troisième année : 0,70% du plafond mensuel de la sécurité sociale dans le cadre du régime Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

- 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.

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 cotisations versés à l'organisme assureur incluent le financement du 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 couverts par les remboursements des régimes de Sécurité Sociale et frais de santé mis en place par le présent accord.

Ce fonds est administré par la Commission paritaire de suivi d'application de cet accord. Son règlement intérieur est annexé au présent avenant (cf. Annexes 1 et 3).

TITRE 3 : Portabilité de la protection sociale

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés bénéficient du maintien temporaire à titre gratuit de la couverture prévue par les Régimes prévoyance et frais de santé en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'Assurance chômage dans les conditions définies par ledit article.

3.1 Bénéficiaires

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.

La portabilité du Régime frais de santé s'applique, dans les mêmes conditions, aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties collectives à la date de la cessation du contrat de travail de l'intéressé.

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 perçues 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 la 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 arrondi 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 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 et date d'entrée en vigueur

Le présent avenant à l'Accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé institués par la convention collective de l'Etablissement Français du sang est conclu pour une durée concomitante à celle des contrats d'assurance collective. Il prend effet le 1er janvier 2021.

Sa validité est subordonnée à la signature par, d'une part, l'employeur ou son représentant et, d'autre part, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli plus de 50% des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des dernières élections professionnelles.

Les conditions de révision et de dénonciation sont régies par l'article 1-6 et 1-7 de la Convention Collective de l'EFS.

Article 2 – Dépôt et publicité de l'avenant

Le présent avenant est déposé auprès de la Direction du Travail et de l'Emploi de Seine Saint Denis et du Secrétaire du greffe du Conseil des Prud'hommes de Bobigny.

Annexes jointes :

- **Annexe 1 : Règlement intérieur fonds social Frais de Santé**
- **Annexe 2 : Demande d'aide exceptionnelle frais de santé**
- **Annexe 3 : Règlement intérieur fonds social Prévoyance**
- **Annexe 4 : Demande d'aide exceptionnelle prévoyance**
- **Annexe 5 : Répartition des champs d'application d'intervention des différents dispositifs existants au sein de l'EFS**

Fait à Saint-Denis, en 5 exemplaires originaux, le 25/09/20 2020

François TOUJAS

Benoît LEMERCIER

Etablissement Français du Sang

Fédération CFDT Santé – Sociaux

Daniel BLOOM

Annick VENZAL

P/0 M. PENNO Steve

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

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

ANNEXE 1 : REGLEMENT INTERIEUR FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTE

MODALITE DE GESTION DU FONDS SOCIAL FRAIS DE SANTE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG PAR LA COMMISSION FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE

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'évènement 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, leurs 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 représentative 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 Frais de Santé de l'Etablissement Français du Sang.

La Commission 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 bénéficiaires 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 des dossiers 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 sera pas 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 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. A 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 ou non 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 la demande une nouvelle fois.

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 nécessitées 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(s) 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 enfants(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 dépenses 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. VÉRIFIEZ D'ABORD QUE VOUS ETES ELIGIBLE AU FONDS SOCIAL
<p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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.
<p>Pièces obligatoires à fournir :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ 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(s)▶ 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 <p>* 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.</p>

Handwritten:
H DB
SR B L

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
- Pacs
- Divorcé(e) ou séparé(e)
- Veuf(ve) – Date du décès du conjoint --- / --- / ---

RDB
sf BCL

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

.....
.....
.....

KDB
SP BL

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⁾	
<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>	
<p>AUTRES CHARGES ⁽²⁾</p>	
<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>
<p>CHARGES EXCEPTIONNELLES (au cours des 12 derniers mois)</p>	
<p>■ Frais d'installation (déménagement, aménagement) €</p> <p>■ Frais d'amélioration du confort de votre logement €</p> <p>■ Frais consécutifs à un décès €</p> <p>■ Autres (à préciser) €</p>	
<p>TOTAL :</p>	

⁽²⁾ Joindre impérativement tous les justificatifs

<p>DETAILS DE LA DEPENSE :</p>
<p>MONTANT HORS REMBOURSEMENT :</p>
<p>REMBOURSEMENT SECU (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :</p>

HT DB
28 BC

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)			

Handwritten signature: KDB
Handwritten initials: SC BL

▶ Direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS)	.....	.....	.....
▶ Commission d'entraide ou de secours du CSE	.....	.....	.....
▶ Autre Commission sociale	.....	.....	.....
▶ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	.....	.....	.....
▶ Divers	.....	.....	.....

HDB
SY BL

RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :

[Empty box for summary of context and request]

HT DB

SC BC

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 :

ANNEXE 3 : REGLEMENT INTERIEUR FONDS SOCIAL PREVOYANCE

MODALITE DE GESTION DU FONS SOCIAL PREVOYANCE DE L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG PAR LA COMMISSION FRAIS DE SANTE ET PREVOYANCE

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

Ce fonds social sera alimenté par un prélèvement sur les cotisations brutes HT encaissées par l'organisme assureur au titre du régime prévoyance et calculé annuellement de la manière suivante :

Prélèvement annuel = Montant des prestations versées dans le cadre du fonds social au titre de l'exercice N-1 divisé par les cotisations brutes HT encaissées.

En tout état de cause, ce prélèvement ne pourra pas excéder annuellement 1% des cotisations brutes HT encaissées au titre de chaque risque couvert.

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 est administré par la Commission paritaire de suivi d'application de cet accord. Son règlement intérieur est annexé au présent avenant (cf. Annexes).

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 représentative 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.

La Commission 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 des dossiers 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 sera pas 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.

FS DB
88 BL

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 ou non 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 la demande une nouvelle fois.

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 de type « prévoyance » 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 : <ul style="list-style-type: none">▶ 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 :<ul style="list-style-type: none">• 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 : <ul style="list-style-type: none">▶ 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 <p>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.</p> <p>Tous les renseignements fournis seront strictement confidentiels et ne pourront être utilisés à d'autres fins. Le dossier sera présenté anonyme à la Commission.</p>

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
- 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...

FK DB
SL BL

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

FK
 DB
 SF RL

<p>■ Autres (à préciser) :</p> <p>..... €</p>
<p>TOTAL :</p>

⁽²⁾ Joindre impérativement tous les justificatifs

DÉTAILS DE LA DEPENSE :
<p>MONTANT HORS REMBOURSEMENT : —</p>
<p>REMBOURSEMENT SECU (à préciser même si la dépense n'est pas encore engagée) :</p>
<p>TOTAL DES REMBOURSEMENTS :</p>
<p>RESTE A CHARGE (MONTANT DEMANDE) :</p>

 DB
 88 PL

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 CSE
▶ Autre Commission sociale
▶ Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
▶ Agefiph
▶ Divers

Handwritten: H DB
SP RL

RESUME DU CONTEXTE ET DE LA DEMANDE :

[Empty box for the summary of context and request]

FT DB
SR PL

<p style="text-align: center;">Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande.</p> <p style="text-align: center;">En cas de fausse déclaration, je m'expose à des poursuites pénales.</p> <p style="text-align: center;">Fait à le Signature :</p>

FD DB
SC BL

ANNEXE 5 : REPARTITION DES CHAMPS D'INTERVENTION DES DIFFERENTS DISPOSITIFS EXISTANT 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 (<i>ex : 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 nécessitées 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 (aménagement 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

<p>Accord portant sur l'emploi, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap 2020-2022</p>	<p>Incompatibilité poste-handicap dû à l'apparition, ou l'aggravation d'un handicap</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de matériel spécifique non prévu dans le cadre du 100% santé (fauteuil ergonomique, prothèses auditives, autres prothèses...) • Matériels non nécessaires pour déficients visuels • Aides à la communication interface, interprètes (LSF, LPC, transcription écrite) • Aides techniques aménagements de poste de travail • Aide au transport adapté (Transport domicile-travail) • Aménagement de véhicule personnel et place de parking dans le cadre du travail • Aménagement de véhicule de service si utilisation du véhicule par le personnel • Aides techniques en situation de formation ou d'examens (matériel technique) • Aide animale • Etude ergonomique • Fauteuil roulant manuel ou électrique • Frais de déménagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Personnels de l'EFS bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (BOETH) • Personnels ayant engagé une démarche de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (avec récépissé de la demande)
---	---	---	--