



**AVENANT N°7**  
**À L'ACCORD SPECIFIQUE RELATIF AUX RÉGIMES**  
**COMPLEMENTAIRES DE PREVOYANCE ET FRAIS DE SANTE**  
**INSTITUÉS PAR LA CONVENTION COLLECTIVE DE**  
**L'ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**

**Preamble ..... 3**  
**Article 1 - Object of the amendment ..... 3**  
**Article 2 – Duration and date of entry into force ..... 8**  
**Article 3 - Deposit and publicity of the amendment ..... 8**

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,

Benoit 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,

## Préambule

Conformément à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, les entreprises doivent revoir leur contrat collectif obligatoire à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020. À cette date, les obligations liées à la réforme « 100 % Santé » (pour les postes optique, dentaire et audiologie) doivent être intégrées dans leur contrat collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé, afin qu'il reste responsable et solidaire et donc, éligible aux exonérations de charges sociales et fiscales et conforme à la couverture minimale obligatoire (panier de soins ANI<sup>1</sup>) pour les contrats collectifs obligatoires.

En conséquence, il est nécessaire de modifier le tableau des garanties du régime complémentaire de l'EFS prévu dans l'accord spécifique aux frais de santé institué par la Convention collective de l'EFS.

Dans ce contexte, les parties ont convenu de modifier l'accord à durée indéterminée, spécifique aux remboursements de frais de santé institué par la Convention collective de l'EFS pour tenir compte de l'évolution du cadre légal.

**IL EST CONVENU CE QUI SUIT :**

## Article 1 - Objet de l'avenant de révision

Le présent avenant modifie le tableau de remboursement prévu à l'article 2-1 de l'avenant n°4 de l'accord spécifique relatif aux régimes complémentaires de prévoyance et frais de santé de la manière suivante :

---

<sup>1</sup> La loi sur la Sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 (issue de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013) généralise l'accès à une complémentaire santé pour tous les salariés en créant une couverture minimale appelée le panier de soins.

NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		Garanties au 1 <sup>er</sup> janvier 2020 mises en conformité et en cohérence avec le "100% Santé"
		Remboursements dans la limite des frais engagés en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)
HOSPITALISATION	<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) hors chirurgie esthétique</b>	
	Frais de Séjour (conventionnés)	250% BRSS
	Frais de Séjour (non conventionnés)	100% Ticket modérateur
	<b>Honoraires déclarés à la Sécurité Sociale</b>	
	- 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
	<b>Actes techniques médicaux (effectués en externat)</b>	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BRSS
	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BRSS - MRSS
	<b>Imagerie médicale</b>	
	- 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
DENTAIRE	<b>SOINS DENTAIRES</b>	
	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
	<b>ORTHODONTIE</b>	
	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	

<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>	
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)	1.419 € par an et par bénéficiaire

<b>OPTIQUE - PROTHESE</b>	
<b>Equipement verres - monture (limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans (6))</b>	
Equipement 100% Santé ** (Classe A)	sans reste à payer
<b>Equipement autre que 100% Santé (Classe B)</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
<b>AUTRES GARANTIES OPTIQUES</b>	
Chirurgie optique réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	20% PMSS / œil
<b>AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT</b>	
- Jusqu'au 31/12/2020 : appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale	230% BRSS + 750 € par oreille
- 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
<b>AUTRES PROTHESES</b>	
Appareillage, Orthopédie remboursé par la Sécurité sociale (dont perruques, implants mammaires suite à maladie et sur prescription)	230 % BRSS

<b>FRAIS MEDICAUX</b>	
<b>CONSULTATIONS</b>	
<b>Consultations / visites de généralistes</b>	
- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BRSS - MRSS

	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	110 % BRSS - MRSS
	<b>Consultations / visites de spécialistes</b>	
	- 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
	<b>Imagerie médicale</b>	
	- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BRSS - MRSS
	- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BRSS - MRSS
	<b>PHARMACIE</b>	
	Pharmacie remboursée à 65% par la Sécurité sociale	100% BRSS - MRSS
	Pharmacie remboursée à 30% par la Sécurité sociale	100% BRSS - MRSS
	Vaccins non remboursés mais prescrits	75 euros
	<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>	
	Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale	100% BRSS - MRSS
	<b>CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	
	Honoraires et traitement thermal	100% BRSS - MRSS
	Hébergement et transport	10% PMSS
<b>PREVENTION</b>	<b>ACTES DE PREVENTION</b>	
	Prestations jugées prioritaires par rapport aux objectifs de santé publique (5)	Oui
	Pilule contraceptive (4)	2% PMSS / an / bénéficiaire
	Ostéopathie et Chiropractie	20 euros / séance limité à 4 séances / an / bénéficiaire
	Diététicien	35 euros / séance limité à 3 séances / an / bénéficiaire
	Assistance	Incluse

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérent 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](http://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 :

- Sur fond bleu figure les garanties impactées par la réforme du « 100% santé ».
- 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 2019 : 3377 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 ».

## **Article 2 – Durée et date d'entrée en vigueur**

Le présent avenant est conclu pour une durée concomitante à celle des contrats d'assurance collective. Il entre en vigueur le lendemain de l'accomplissement des formalités de dépôt et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Il se substitue de plein droit à tous les usages, engagements unilatéraux en vigueur au sein de l'Etablissement, et ayant le même objet.

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.

## **Article 3 - Dépôt et publicité de l'avenant**

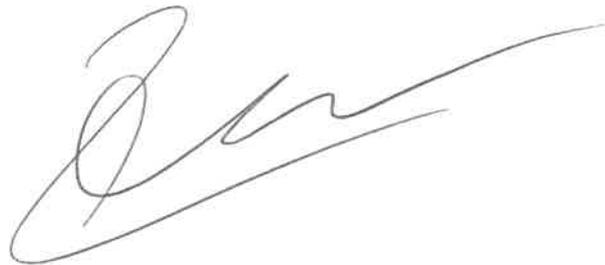
Le présent avenant sera déposé auprès de la Direction du Travail et de l'Emploi de Seine Saint Denis et du secrétariat du Conseil des Prud'hommes de Bobigny.

Fait à Saint-Denis, en 5 exemplaires originaux, le 12/12/2019

François TOUJAS



Benoit LEMERCIER



Etablissement Français du Sang

Fédération CFDT Santé – Sociaux

Annick VENZAL



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