

Avenant à l'accord du 18 mars 2011 et de ses avenants relatif à l'assurance complémentaire santé et à la prévoyance au sein de Pôle emploi

Préambule :

Les signataires constatent que depuis la conclusion de l'accord du 25 janvier 2016, plusieurs lois sont venues modifier la réglementation des régimes de garantie de santé.

Conformément aux dispositions de l'article 49 § 2 de la convention collective nationale de Pôle emploi modifié par l'accord du 25 janvier 2016 et au préambule de cet accord, le régime conventionnel de frais de soins de santé des agents de Pôle emploi doit être mis en conformité avec les règles dites de « contrat responsable ». Il doit également répondre aux dernières modifications législatives et réglementaires.

Les parties conviennent des dispositions suivantes :

Article 1 – Modification du préambule de l'accord du 25 janvier 2016

La deuxième phrase du préambule de l'accord du 25 janvier 2016 est remplacée par la phrase suivante : « Les garanties que prévoit l'accord respectent donc les dispositions législatives et réglementaires en vigueur concernant les contrats responsables (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé), ainsi que les dispositions de l'article 49 § 2 de la convention collective nationale. ».

Article 2 : Modification de l'article 3.4

Les dispositions de l'article 3.4 de l'accord du 25 janvier 2016 sont remplacées par les dispositions suivantes :

Article 3.4 Ayants droit du forfait de base

Les prestations de la garantie de remboursement des frais de soins de santé sont accordées à l'agent assuré et à ses ayants droit, lesquels sont :

1. Le conjoint de l'agent, compris au sens de l'époux ou de l'épouse, du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou du concubin, n'ayant pas de revenus d'activité ou de remplacement supérieurs au plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière pour une personne (article L.861-1 du code de la sécurité sociale).
2. Les enfants de l'agent ou de l'ayant droit visé au 1°:
 - de moins de 18 ans, non-salariés, ou de moins de 21 ans exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC annuel ;

- *jusqu'à la fin du mois de leur 28ème anniversaire° :*
 - *Les enfants qui poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ».*
 - *Les enfants en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et qui perçoivent une rémunération limitée à un pourcentage du smic mensuel selon les règles en vigueur ;*
 - *Les enfants primo demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi.*
- 3. *Les enfants dont le handicap reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées justifie l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité », ou de l'allocation aux adultes handicapés, sans limite d'âge.*
- 4. *Les ascendants de l'agent ou de l'ayant droit visé au 1 à charge au sens de la législation fiscale ou vivant sous son toit et ne percevant pas de ressources supérieures aux plafonds d'octroi de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).*

Article 3 – Modification de l'annexe 1

Le tableau des garanties figurant à l'annexe de l'accord est remplacé par le tableau figurant en annexe du présent avenant.

Article 4 : Notification de l'avenant :

Le présent accord signé est notifié par la Direction de Pôle emploi aux organisations syndicales représentatives dans la branche.

Article 5 : Droit d'opposition :

Le présent accord collectif de branche pourra faire l'objet d'une opposition conformément aux dispositions du code du travail.

Article 6 : Publicité et dépôt de l'avenant

Le présent accord est déposé, à l'initiative de la direction générale de Pôle emploi, auprès de la Direction générale du travail (DGT) et au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris conformément aux dispositions du code du travail.

Article 7 : Durée de l'avenant et date d'entrée en vigueur

Le présent accord collectif de branche est conclu pour une durée indéterminée. Il prend effet à compter du jour suivant son dépôt, auprès de la Direction générale du travail.

Article 8 : Révision et dénonciation

Le présent accord peut faire l'objet d'une révision dans les conditions fixées par le code du travail. Toute demande de révision, accompagnée d'une proposition de rédaction nouvelle, sera notifiée à chacune des autres parties. Les parties devront se rencontrer en vue de la conclusion éventuelle d'un avenant de révision, le plus rapidement possible et, au plus tard, dans un délai de trois mois à partir de cet envoi.

Le présent accord peut faire l'objet d'une dénonciation dans les conditions fixées par le Code du travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois.

Paris, le 09 DEC. 2019


Le directeur général de Pôle emploi

Jean Bassères

Pour la CFDT

David Vallayesta


Pour la CFE-CGC

Redic - H NANTIN


Pour la CFTC

Pour la CGT

Pour la CGT-FO

Sandrine OBADIA



Pour la FSU

Christophe NOREAU



Pour le SNAP

Alme GAVATZ



Postes		Niveau des garanties	
		Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIQUE ET MATERNITE			
HOSPITALISATION	Frais de séjour, salle d'opération	600% BRSS	90% FR limité à 600% BRSS
	Honoraires déclarés SS - Actes codifiés en K y compris IVG dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	600% BRSS	néant
	Honoraires déclarés SS - Actes codifiés en K y compris IVG hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
	Chambre particulière (par nuitée)	4% PMSS / nuit	
	Chambre particulière (par hospitalisation de jour en ambulatoire)	4% PMSS / jour	
	Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾	100% du forfait	
	Frais d'accompagnement	4% PMSS/ jour (enfant à charge < 14 ans ou adulte > 70 ans)	
	Indemnité compensatoire d'hospitalisation accordée à partir du 8ème jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans	2,5% PMSS / jour	
Transport (remboursé par la Sécurité sociale)	100% TCSS		
ACTES MEDICAUX			
HONORAIRES MEDICAUX	Généralistes dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 300% BRSS	néant
	Généralistes hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
	Spécialistes dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 500% BRSS	néant
	Spécialistes hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
	Actes d'imagerie médicale dont radiologie dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 500% BRSS	néant
	Actes d'imagerie médicale dont radiologie hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
	Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité sociale	100% FR limité à 600% BRSS - SS	
	Actes techniques médicaux effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) dans le cadre des dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 500% BRSS	néant
	Actes techniques médicaux effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) hors dispositifs OPTAM ⁽¹⁾	100% FR limité à 200% BRSS	90% FR limité à 200% BRSS
	Auxiliaires médicaux (honoraires paramédicaux)	200% TCSS - SS	néant
MEDICAMENTS REMBOURSES PAR SECURITE SOCIALE	à 65%	100% BRSS	
	à 30%	100% BRSS	
	à 15%	100% BRSS	
DENTAIRE (hors équipements 100% SANTE)			
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	200% BRSS	
	Prothèse dentaire remboursée (Inlay core - clavette et couronne sur Implant)	480% BRSS	
	Prothèse dentaire non remboursée	300% BRSS - SS reconstituée	
	Parodontologie remboursée (sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant)	300% TCSS	
	Parodontologie non remboursée	15% PMSS par an et par bénéficiaire	
ORTHODONTIE	Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	450% BRSS	
	Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	300% BRSS - SS reconstituée	
IMPLANTOLOGIE	Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	20% PMSS / implant dans la limite de 3 implants par an à date du premier soir et par bénéficiaire	
	Adjonction d'éléments intermédiaires à une prothèse pluriale(bridge)	300% BRSS - SS reconstituée	
AIDES AUDITIVES			
Jusqu'au 31/12/2020			
Appareil auditif et implant cochléaire remboursé par la Sécurité sociale		25,50% PMSS / prothèse ou implant	
Appareil auditif non remboursé par la Sécurité sociale		19,50% PMSS / prothèse	
Au 1er janvier 2021 (hors équipements 100% SANTE)			
Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Appareil auditif et implant cochléaire remboursé par la Sécurité sociale		25,50% PMSS / prothèse ou implant	
Appareil auditif non remboursé par la Sécurité sociale		19,50% PMSS / prothèse	

CD PM DV So n AC

OPTIQUE (hors équipements 100% SANTE) : Classe B

Renouvellement limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans / bénéficiaire sauf :

- ✓ pour ceux âgés de moins de 16 ans
- ✓ ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue

Les remboursements s'entendent y compris les remboursements SS		
VERRES ET MONTURES AU 1ER JANVIER 2020	Monture adulte	100 €
	Par verre adulte simple	100% FR - SS limité à 160€ par verre
	Par verre adulte complexe	100% FR - SS limité à 300€ par verre
	Par verre adulte très complexe	100% FR - SS limité à 350 € par verre
	Monture enfant (moins de 16 ans)	100 €
	Par verre enfant simple (moins de 16 ans)	100% FR - SS limité à 160€ par verre
	Par verre enfant complexe (moins de 16 ans)	100% FR - SS limité à 300€ par verre
	Par verre enfant très complexe (moins de 16 ans)	100% FR - SS limité à 350 € par verre
Lentilles remboursées SS y compris les lentilles d'adaptation	8% PMSS par paire	
Lentilles non remboursées et jetables	8,5% PMSS / an / bénéficiaire	

CURE THERMALE

Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	20% PMSS (18 jours maxi)
Frais de voyages et hébergement	
Cures thermales non remboursées par la Sécurité sociale	
Effectuée en France, sur accord du médecin-conseil du prestataire	15% PMSS

MATERNITE

Chambre particulière	4% PMSS par jour
Forfait par enfant (y compris adoption)	15% PMSS

DIVERS

Matériel médical (appareil, orthopédie et autres prothèses médicales acceptés SS, hors aides auditives et optique)	365% BRSS
Forfait acte médicaux >120€	100% du forfait
Vaccins antigrippe saisonnière non pris en charge par la SS	100% FR
Vaccins pris en charge par la SS	100% FR
Ostéodensitométrie osseuse	2% PMSS / an / bénéficiaire
Contraceptifs oraux non pris en charge par la SS	5 % PMSS / an / bénéficiaire
Consultation Diététicien - Lutte contre l'obésité	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 € / an / bénéficiaire
Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie ...)	35€ / séance avec maxi 4 séances / an / bénéficiaire
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	2 séances / an / bénéficiaire
Dépistage trouble audition	1 dépistage tous les 5 ans / bénéficiaire
Chirurgie de l'œil non prise en charge par la SS	25% PMSS / œil / an / bénéficiaire

cor from NV So M AG

Equipements 100% SANTE

DENTAIRE			
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES	Les couronnes et bridges - Couronne métallique (toutes les dents), Couronne céramique zircon (incisives, canines et prémolaires), Couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1ères prémolaires). - Inlays core et couronnes transitoires. - Bridge métallique et Bridge céramo-métallique.	Au 1er janvier 2020	Sans reste à payer ⁽³⁾
	Les autres prothèses du panier dentaire - Dentier en résine	Au 1er janvier 2021	Sans reste à payer ⁽³⁾

AIDES AUDITIVES			
Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
PROTHESES AUDITIVES	Sur une sélection d'équipements - Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire, - Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB, - 4 ans de garantie, - 30 jours d'essai avant achat - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie > 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.	Au 1er janvier 2021	Sans reste à payer ⁽³⁾

OPTIQUE			
Renouvellement limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans / bénéficiaire sauf :			
✓ pour ceux âgés de moins de 16 ans ✓ ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue			
VERRES ET MONTURES	- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents ; - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires	Au 1er janvier 2020	Sans reste à payer ⁽³⁾

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale **FR** : Frais réels **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale **TCSS** : Tarif conventionnel de la Sécurité sociale **SS** : Sécurité sociale

⁽¹⁾ Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées **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**, consulter le site annuaire.sante.ameli.fr.

⁽²⁾ Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

⁽³⁾ Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

⁽⁴⁾ Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue

Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an à date anniversaire pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;	
	variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;	
	somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;	
	variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;	
	variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	

CP JPN NV So M AG