

## **Fiche technique**

### **Lot 7 Prévoyance et Santé pour les gardiens du domaine privé**

#### **Objet du contrat**

Le contrat a pour objet de faire bénéficier les assurés des garanties d'un contrat collectif d'assurance de prévoyance et de complémentaire santé pour les gardiens du domaine privé de l'AP-HP, nécessaire aux besoins de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

#### **Personnes assurées**

21 gardiens salariés de l'AP-HP et 4 ayants-droits.

#### **Champ d'application des garanties**

Ce contrat collectif de prévoyance et complémentaire santé prend en compte les salariés actifs et les retraites.

Le régime de prévoyance est obligatoire et couvre les risques d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, de décès ou d'invalidité permanente et absolue. Aucune condition d'ancienneté ne conditionne l'accès au régime de prévoyance.

Le régime de frais de santé permet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément du régime de base de la sécurité sociale.

L'accès au régime de frais de santé est conditionné par la justification d'une ancienneté, appréciée au niveau de chaque employeur de 2 mois.

Les salariés ne totalisant pas l'ancienneté requise auront toutefois la possibilité d'adhérer dès leur embauche au régime sous réserve d'acquitter l'intégralité de la cotisation (part salariale et part patronale).

Les bénéficiaires sont les adhérents et leurs ayants droits (conjoint, concubin, partenaire PACS/ ses enfants ou ceux de son conjoint, concubin, partenaire PACS, bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé). Les adhérents sont les salariés titulaires d'un contrat de travail relevant de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles.

Ils bénéficient des garanties collectives de prévoyance et de remboursement de frais de santé définies en annexe de la convention.

Les taux incluent la reprise des risques en cours pour les entreprises rejoignant le régime conventionnel en application de la convention collective nationale des gardiens, concierges et employés d'immeubles, ainsi que la mutualisation du financement de la portabilité.

Les salariés acquittent obligatoirement soit la cotisation dite « isolée », soit la cotisation « pack famille ».

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de couvrir leurs ayants droit (enfants et/ou conjoint) par le biais d'une cotisation « pack famille » tels que définis par le contrat d'assurance national, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative des ayants droits, ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures, est prise en charge par l'employeur et par le salarié dans les proportions suivantes :

- 50 % à la charge de l'employeur ;
- 50 % à la charge du salarié.

#### Montant des garanties Prévoyance

NATURE DES GARANTIES	MONTANTS DES GARANTIES
----------------------	------------------------

Décès – Perte Totale et irréversible d'autonomie – Décès postérieur ou simultané- Tout assuré	
Montant de la garantie	<b>100 %</b> de la rémunération annuelle brute tranche A et B
Incapacité Temporaire Totale ou partielle de Travail d'un assuré	
Montant de la garantie en franchise	En relais de la CCN de la branche, dès la fin du maintien de salaire versé par l'entreprise
Prestation	80% du salaire brut TA/TB sous déduction des versements de la sécurité sociale
Invalidité Permanente	
<p>En cas d'invalidité permanente (partielle ou totale) d'un assuré, l'assureur verse une rente, déterminée en fonction du salaire de l'assuré au jour de l'arrêt de travail, et en fonction de la catégorie d'invalidités.</p> <p>Le montant annuel, brut de prélèvements sociaux, de cette rente est fixé comme suit :</p> <p>Montant de la rente, en pourcentage des tranches A et B du salaire annuel net, dans la limite de 100 % du salaire net en cas de rupture du contrat de travail : elle complète celle de la Sécurité sociale, compte non tenu de l'allocation éventuelle pour tierce personne, jusqu'à :</p>	<p><u>1) Hors accident du travail ou maladie professionnelle</u></p> <p>Tranches A et B</p> <p>Invalidité de 1ère catégorie : <b><u>45%</u></b></p> <p>Invalidité de 2ème catégorie : <b><u>100%</u></b></p> <p>Invalidité de 3ème catégorie : <b><u>100%</u></b></p> <p><u>2) En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle</u></p> <p>Tranches A et B</p> <p>Taux d'incapacité supérieur ou égal à 66% : <b><u>100%</u></b></p>

	Taux d'incapacité inférieur à 66 % et supérieur ou égal à 33 % : <b><u>45% * le taux d'incapacité/ 66%</u></b>
<b>Allocation obsèques</b>	
(décès de l'assuré, du conjoint ou partenaire Pacs, décès d'un enfant à charge )	<b>100 %</b> du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au jour du décès
<b>Rente Education annuelle</b> (en cas de décès d'un assuré) versé à l'enfant  Jusqu'à 11 ans révolus  De 12 ans à 18 ans révolus  De 19 ans à 25 ans révolus (s'il poursuit des études)	<p style="text-align: center;"><b>4%</b></p> <p style="text-align: center;"><b>6%</b></p> <p style="text-align: center;"><b>8%</b></p> <p style="text-align: center;">De la rémunération annuelle brute</p> <p style="text-align: center;">Tranche A et B</p>

### Montant des garanties Frais de Santé

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATION
	<b>LES REMBOURSEMENTS EXPRIMES E BR S'ENTENDENT SOUS DEDUCTION DE CEUX DE LA SECURITE SOCIALE</b>
<b>Hospitalisation (secteur conventionné et non conventionné (1))</b>	
-Hospitalisation médicale et chirurgicale	Établissements conventionnés 100% des frais réels dans la limite de 230% de la BR
-Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses produits de la LPP facturable et spécialités pharmaceutiques	Établissements non conventionnés 80% des frais réels dans la limite de 230% de la BR
-Honoraires médicaux et chirurgicaux paramédicaux et actes de laboratoire facturés par <b>un médecin signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	Établissements conventionnés 100% des frais réels dans la limite de 230% de la BR  Établissements non conventionnés 80% des frais réels dans la limite de 230% de la BR
-Honoraires médicaux et chirurgicaux paramédicaux et	Établissements conventionnés 100% des frais réels dans la limite de 200% de la BR

actes de laboratoire facturés par <b>un médecin non signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	Établissements non conventionnés 80% des frais réels dans la limite de 200% de la BR
Chambre particulière y compris en maternité (3)	
Montant de la garantie	2 % du PMSS par jour
Forfait Hospitalier	
Montant de la garantie	100% des frais réels
Lit d'accompagnement pour un enfant de moins de 12 ans (3)	
Montant de la garantie	1% du PMSS par jour
Forfait acte lourd	
Montant de la garantie	Pris en charge
Pratique médicale courante (secteur conventionné et non conventionné (1)	
Consultation visite <b>d'un généraliste signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	200% de la BR
Consultation visite <b>d'un généraliste non-signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	180% de la BR
Consultation visite <b>d'un spécialiste signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	220% de la BR
Consultation visite <b>d'un spécialiste non-signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	200% de la BR
Actes médicaux réalisés <b>par un spécialiste signataire</b> OPTAM /OPTAM CO (2)	220% de la BR
Actes médicaux réalisés <b>par un spécialiste non-signataire</b> OPTAM /OPTAM CO (2)	200% de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux frais de déplacement	160% de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	160% de la BR
Forfait acte lourd	Pris en charge
Radiologie ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale réalisés par <b>un médecin signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	190% de la BR
Radiologie ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale réalisés par <b>un médecin</b>	

<b>non-signataire</b> OPTAM/OPTAM CO (2)	170% de la BR
Médecine alternative (4)	
Ostéopathie acupuncture chiropractie	30€ par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
Pharmacie	
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100% de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
Traitement antitabac sur prescription médicale	100€ par an et par bénéficiaire
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale	5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Transport	
Frais de transport pris en charge par la sécurité sociale	100% de la BR
Optique	
Verres	Selon la grille optique ci-après
Monture	
Lentilles <b>prises en charge</b> par la sécurité sociale	6%du PMSS par an et par bénéficiaire au de la 100% de la BR
Lentilles <b>non prises en charge</b> par la sécurité sociale y compris jetables	7%du PMSS par an et par bénéficiaire
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie hypermétropie astigmatisme et presbytie	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 15% du PMSS par œil
Dentaire	
Soins dentaires remboursés par la sécurité sociale soins dentaires actes d'endodontie acte de pro prophylaxie bucco-dentaire parodontologie	170% de la BR
Inlays onlays remboursés par la sécurité sociale	170% de la BR
Inlays core pris en charge par la sécurité sociale	250% de la BR
Prothèses dentaires prise en charge par la sécurité sociale -couronnes bridges et inter de bridges	

-couronnes sur implant -prothèses dentaires amovibles -réparations sur prothese	370% de la BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	270€ par acte (maximum um 3 par an et par bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	300% de la BR
Implantologie	
1 implant	12%du PMSS
2 pilier implantaire	8% du PMSS
Appareillage	
Orthopédie et autres prothèses	160% de la BR
Prothèses auditives	160% de la BR
Allocations forfaitaires	
Maternité	Allocation forfaitaire égale a 20% du PMSS
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale	10%du PMSS par an et par bénéficiaire
Prevention	
Détartrage complet sus et sous gingival des dents	170% de la BR Dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire
Dépistage de l'hépatite B	160% de la BR
Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	30€ maximum
Examen de dépistage de l'ostéoporose passé entrez 45 ans et 59 ans	50€ par an et par bénéficiaire

- (1) En secteur non conventionné les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité
- (2) OPTAM/OPTAM CO option pratique tarifaire maîtrisée /option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique elles remplacent à compter du 1 janvier 2017 le contrat d'accès aux soins (CAS) les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L 871 -1 du code de la sécurité sociale y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec OPTAM/OPTAM-CO
- (3) La prise en charge en hospitalisation médicale par l'organisme assureur des frais de chambre particulière et de lit d'accompagnement et limitée à 365 jours

- 180 jours en de séjour en psychiatrie
- 30jours par séjour pour les séjours en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales
- 30 jours par année civile pour le séjour d'un enfant en maison a caractère sanitaire ou en maison de cure thermale

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois est décrets qui régissent cette profession

Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'association française de chiropratique AFC

Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins

Ticket modérateur différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale BR et le montant remboursé par la sécurité sociale

BR= base de remboursement de la sécurité sociale

M=montant remboursé par la sécurité sociale

PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1 janvier sse l'année

SS= sécurité sociale