

Brochure n° 3243

Convention collective nationale

IDCC : 1504. – **POISSONNERIE**
(Commerce de détail, demi-gros et gros)

AVENANT N° 62 DU 22 NOVEMBRE 2007

RELATIF À LA GARANTIE DES FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET0850014M

IDCC : 1504

Entre :

La confédération des poissonniers de France (professionnels du commerce du poisson et de la conchyliculture),

D'une part, et

La fédération nationale agroalimentaire et forestière CGT ;

La fédération commerce, services, force de vente (CSFV) CFTC ;

La fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation, des tabacs et secteurs connexes (FGTA) FO ;

La fédération nationale des cadres et agents de maîtrise des industries et commerce agroalimentaire, CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet

Le présent avenant aménage les dispositions du titre VIII de la convention collective nationale de la poissonnerie, ci-après désignée « convention collective nationale », et a pour objet de mettre en œuvre une garantie « frais de santé » basée sur la solidarité civile entre l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ de ladite convention collective.

Cette garantie a pour objet la prise en charge, complémentirement à la couverture assurée par la sécurité sociale, des dépenses de santé engagées par les salariés des entreprises relevant du champ de la convention collective nationale.

Article 2

Organismes assureurs

Eu égard aux objectifs de solidarité civile et de mutualisation des risques que le présent avenant organise, la couverture des garanties définies dans le présent avenant est confiée, pour chacun des collèges à un des organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, désignés par les parties signataires du présent avenant, pour l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale.

Les garanties ainsi définies sont assurées, à compter de la date d'effet définitive du présent avenant, et pour une période de 5 ans au plus, par :

- l'APGIS, 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex, institution de prévoyance, régie par l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale, pour les risques afférents aux salariés non cadres et pour la garantie des indemnités de fin de carrière de l'ensemble des salariés ;
- Vauban-Humanis prévoyance, 18, avenue Léon-Gaumont, 75020 Paris, institution de prévoyance, régie par l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale, pour les risques afférents aux salariés cadres à l'exception de la garantie des indemnités de fin de carrière.

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires du présent avenant décident de procéder à un réexamen des modalités d'organisation de la mutualisation des risques, tous les 5 ans au plus à compter de la date d'effet définitive du présent avenant.

Article 3

Affiliation des entreprises

Toutes les entreprises entrant dans le champ de la convention collective nationale sont tenues :

- non seulement d'apporter à leur personnel la garantie collective prévue par le présent avenant ;
- mais encore d'adhérer, pour l'assurance et la gestion de cette garantie, aux organismes prévus à l'article 2 ci-dessus afin que soit assurée la mutualisation des risques permettant de réaliser la solidarité civile, objectif du présent avenant.

Cette obligation, à caractère strictement obligatoire, s'applique, pour l'ensemble du régime, à compter du 1^{er} janvier 2008, date d'effet du présent avenant, et au plus tard au premier jour du trimestre civil suivant l'arrêt d'extension.

Ces dispositions s'appliquent y compris pour les entreprises ayant un contrat de même nature conclu auprès d'autres organismes assureurs avec des garanties identiques ou supérieures.

Dans ce dernier cas, les organismes assureurs désignés à l'article 2 s'engagent à proposer des régimes différentiels afin de garantir des prestations à un niveau identique moyennant le versement d'une cotisation adaptée.

Cette nécessaire adaptation a pour effet de reporter les dates d'effet ci-dessus mentionnées au 1^{er} janvier 2009, date d'effet définitive du présent avenant.

Article 4

Rapport annuel sur les résultats

Conformément aux dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour chaque exercice civil, les organismes assureurs visés à l'article 2 établissent un rapport sur les résultats d'ensemble du régime des actifs correspondant aux activités consolidées de toutes les entreprises adhérentes aux régimes de prévoyance définis du titre VIII de la convention collective nationale et complétées par les dispositions du présent avenant.

Ce rapport sera adressé à l'organisation patronale et aux organisations syndicales représentatives dans la branche au plus tard le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré.

Ainsi, compte tenu des résultats financiers du régime de prévoyance professionnel, les parties signataires du présent accord pourront ajuster, chaque année, les prestations ou pourront fixer des taux d'appel minorant ou majorant les taux contractuels des cotisations.

En tout état de cause, à compter du 1^{er} janvier 2009 et au 1^{er} janvier de chaque année, la cotisation sera, au minimum, indexée sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie sauf si les résultats constatés du régime peuvent compenser totalement ou partiellement l'évolution de cet indice.

Article 5

Information des salariés

5.1. Une notice est remise à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en place du régime, ainsi qu'à tout nouvel embauché.

A l'occasion de toute modification des garanties du régime, une nouvelle notice, rectifiée en conséquence, est remise aux assurés.

Toutefois, s'il s'agit de modifications entraînant des rectifications non significatives de la notice initiale, l'information pourra être faite par une fiche rectificative destinée à compléter ou mettre à jour la notice initiale.

Cette information devra être transmise à tous les salariés.

Le contenu de la notice ou de ses mises à jour est établi par l'(ou les) organisme(s) assureur(s) sous sa (leur) responsabilité.

L'(ou les) organisme(s) assureur(s) adresse(nt) également un exemplaire à chaque entreprise adhérente, à charge pour elle de la diffuser au comité d'entreprise et à chaque membre du personnel, par tout moyen à sa convenance, dans le respect des dispositions légales y afférentes.

5.2. Tout salarié quittant une entreprise affiliée au régime et se trouvant dans l'un des cas énumérés au 1^o de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 est informé par l'organisme assureur, au terme de son contrat, de la possibilité dans laquelle il se trouve et des conditions de pouvoir bénéficier par adhésion formelle individuelle et facultative au régime maladie-chirurgie-maternité des anciens salariés mis en œuvre par les organismes assureurs, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois suivant le terme de son contrat de travail.

Les ayants droit d'un assuré décédé seront également informés par l'organisme assureur du présent régime du droit qui leur est offert de pouvoir bénéficier du même régime et des mêmes conditions tarifaires pendant une durée minimale de 12 mois, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois du décès.

Article 6

Bénéficiaires du régime

Est réputé bénéficiaire du régime de prévoyance, tout salarié, sous contrat de travail en cours, inscrit aux effectifs des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective.

Toutefois, seuls les salariés ayant acquis une ancienneté de 1 mois dans la même entreprise pourront bénéficier du régime maladie-chirurgie-maternité.

Lorsque le salarié aura atteint l'ancienneté requise, il pourra bénéficier du régime rétroactivement à compter de sa date d'entrée dans l'entreprise.

Le régime dispense d'affiliation les salariés pour la durée de leur prise en charge au titre de la couverture complémentaire, en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, couverture maladie universelle), ainsi que pour ceux bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi.

Les garanties définies par le présent avenant sont maintenues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour cause de maternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) pour la durée de cette suspension.

Ces garanties sont également maintenues dans les cas de suspension du contrat de travail prévus par le code du travail dans les conditions définies par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Article 6.1

Adhérent à titre obligatoire

Le régime défini par le présent avenant garantit le salarié.

Article 6.2

Adhérent à titre facultatif

Peuvent également, à titre facultatif, adhérer au régime maladie-chirurgie-maternité, en contrepartie d'une cotisation spécifique appelée par l'assureur, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint, le concubin de l'assuré ou la personne avec laquelle l'assuré a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs) bénéficiant des prestations en nature de la sécurité sociale ;
- les enfants de l'assuré, de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs).

La cotisation facultative et individuelle est entièrement à la charge du bénéficiaire.

Les conditions d'adhésion applicables sont formalisées dans un contrat spécifique dont les dispositions sont communiquées par les organismes assureurs désignés à l'article 2 aux signataires du présent avenant.

Le montant de la cotisation appelée par l'assureur auprès de l'assuré est fixé après consultation des signataires du présent avenant.

Article 7

Cotisations

Les cotisations contractuelles afférentes au risque maladie-chirurgie-maternité sont fixées, pour les années 2007 et 2008, à la valeur de 40 € par salarié et par mois, pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 32 € par mois et par salarié, pour les salariés bénéficiant du régime local de la sécurité sociale d'Alsace-Moselle.

Quelle que soit la date de début ou de fin du contrat de travail, le montant de la cotisation est indivisible. Il est intégralement dû, quel que soit le nombre de jours de garantie.

Ces cotisations incluent taxes et toute autre cotisation ou contribution fiscale ou sociale telle que la CMU, applicables conformément à la législation en vigueur à la date du versement de la cotisation et telles qu'elles sont en vigueur à la date de signature du présent avenant et garantissent les prestations telles que décrites à l'article 8 ci-après, selon les dispositions de la législation applicables à ce titre de garanties au jour de la signature du présent avenant.

En cas de modification de la législation applicable à ce type de garanties, aux cotisations y afférentes ou aux remboursements de l'assurance maladie, les dispositions du présent avenant devront être revues.

La répartition des cotisations visées au présent avenant entre l'employeur et le salarié s'effectue de la façon suivante :

- 50 % pour la part employeur ;
- 50 % pour la part salarié.

Les contributions de l'employeur et du salarié au financement du régime sont intégralement maintenues pendant la durée de la suspension du contrat de travail pour cause de maternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel).

Ces contributions sont également maintenues dans les cas de suspension du contrat de travail prévus par le code du travail et ce pendant une durée de 6 mois dans les conditions définies par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Au-delà, l'intégralité de la cotisation est à la charge du salarié.

Article 8

Prestations maladie-chirurgie-maternité

Article 8.1

Définition des prestations

Les remboursements sont effectués en complément des prestations en nature de tout régime maladie-chirurgie-maternité selon les modalités suivantes :

- soit sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (RSS) ou du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ;
- soit sur la base des remboursements utilisés par la sécurité sociale (BR) ;

- soit sur la base des frais réels (FR), avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros ;
- ou encore selon des remboursements forfaitaires.

Dans tous les cas, la prestation est limitée au montant des frais restant à la charge du salarié après intervention du régime de la sécurité sociale et, éventuellement, d'autres organismes assureurs.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec les caisses nationales de sécurité sociale.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture maladie-chirurgie-maternité n'intervient qu'en complément des remboursements effectués par les régimes maladie et maternité de la sécurité sociale et pour les actes effectués en conformité avec la nomenclature générale des actes professionnels ou avec la classification commune des actes médicaux.

Dans le cas où la cotation n'est pas conforme à la nomenclature ou à la classification, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

En tout état de cause, le présent régime se conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire tel que défini au titre 7 du livre VIII du code de la sécurité sociale et, à ce titre, ne prend pas en charge :

- la contribution forfaitaire restant obligatoirement à la charge de l'assuré en application des dispositions de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Article 8.2

Montant des prestations

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Consultations, visites et autres actes médicaux Conventionné, non conventionné	
Généralistes	Ticket modérateur limité à 30 % de la base de remboursement + 30 % de la base de remboursement sur les dépassements
Spécialistes et autres médecins praticiens	Ticket modérateur limité à 30 % de la base de remboursement + 30 % de la base de remboursement sur les dépassements

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Déplacements, majorations Auxiliaires médicaux, autres	Ticket modérateur
Analyses médicales, prélèvements Conventionné, non conventionné	Ticket modérateur limité à 40 % de la base de remboursement
Auxiliaires médicaux Conventionné, non conventionné	Ticket modérateur limité à 40 % de la base de remboursement
Prothèses auditives, appareillages, prothèses médicales autres que dentaires et auditives	Forfait annuel de 400 € par bénéficiaire
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale Vignette blanche	Ticket modérateur limité à 35 % du tarif forfaitaire de responsabilité
Vignette bleue	Ticket modérateur limité à 65 % du tarif forfaitaire de responsabilité
Vignette orange	Ticket modérateur limité à 85 % du tarif forfaitaire de responsabilité
Radiologie Conventionné	Ticket modérateur limité à 30 % de la base de remboursement sécurité sociale
Non conventionné	Ticket modérateur reconstitué sur le prix unitaire limité à 30 % du prix unitaire
Soins dentaires (à l'exception des inlay simples et des onlay) Conventionné, non conventionné	Ticket modérateur limité à 30 % de la base de remboursement
Inlay simple, onlay, prothèses dentaires accep- tées par la sécurité sociale Conventionné, non conventionné	Ticket modérateur limité à 30 % de la base de remboursement + 100 % de la base de remboursement sur les dépassements
Inlay core et inlay à clavettes Conventionné, non conventionné	Ticket modérateur limité à 30 % de la base de remboursement + 50 % de la base de remboursement sur les dépassements

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la sécurité sociale (1) Conventionné, non conventionné	150 % de la base de remboursement
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale Conventionné, non conventionné	150 % de la base de remboursement
Optique Monture	Dans la limite du forfait (1 monture et 2 verres) à raison d'un équipement par an et par bénéficiaire Forfait de 70 €
Verres unifocaux simples	Forfait de 40 € par verre
Verres unifocaux complexes	Forfait de 60 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples	Forfait de 60 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes	Forfait de 90 € par verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Forfait de 150 €
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Forfait de 150 €
Hospitalisation médicale et chirurgicale (y compris la maternité)	
Frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux Conventionné	Ticket modérateur limité à 20 % de la base de remboursement + 50 % de la base de remboursement sur les dépassements
Non conventionné	Ticket modérateur reconstitué sur le prix unitaire limité à 20 % du prix unitaire + 50 % du prix unitaire sur les dépassements
Chambre particulière (2)	50 € par jour
Lit accompagnant (enfant – 16 ans) (3)	25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de la législation en vigueur à la date d'effet du contrat

NATURE DE L'ACTE	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Transport du malade avec ou sans hospitalisation acceptée par la sécurité sociale	Ticket modérateur limité à 35 % de la base de remboursement
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale (4)	
Frais de traitement et honoraires	Ticket modérateur limité à 35 % de la base de remboursement
Frais de voyage et d'hébergement	Forfait de 200 €
Actes de prévention en application du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents	
Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum	100 % du ticket modérateur
Dépistage des troubles de l'audition chez les adultes de plus de 50 ans	100 % du ticket modérateur
<p>(1) A l'exclusion de celles hors nomenclature sécurité sociale (HN).</p> <p>(2) Limités à 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, à 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapé en secteur psychiatrique, et à 8 jours en maternité.</p> <p>(3) Sur présentation d'un justificatif.</p> <p>(4) L'allocation est également versée pour les cures acceptées au titre de l'article 115 du code des pensions militaires d'invalidités et des victimes de guerre. La prestation est versée à l'exclusion de tout autre remboursement pour lequel la sécurité sociale serait intervenue.</p>	

Article 8.3

Modalités de versement des prestations

Les prestations sont assurées à compter de la date d'effet de la garantie ou au premier jour du contrat de travail, dans les conditions définies à l'article 6, relatives à l'ancienneté requise.

Les garanties cessent d'être assurées à compter du dernier jour du mois civil suivant la fin du contrat de travail.

L'ensemble des modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations est détaillé dans le contrat d'adhésion annexé au présent avenant et dans la notice d'information remise à chaque salarié.

Article 9

Entrée en vigueur

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prendra effet au 1^{er} avril 2008 et pour toutes les entreprises au premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension.

Les entreprises disposant déjà d'un régime de même nature souscrit auprès d'autres organismes assureurs que ceux définis à l'article 2 du présent avenant et en vigueur au 1^{er} avril 2008 devront prendre toute disposition pour y mettre fin, au plus tard, au 31 décembre 2008, afin de rejoindre la mutualisation des risques que le présent avenant organise à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 30

Dépôt. – Publicité

Conformément aux articles L. 132-10 et R. 132-1 du code du travail, le présent avenant sera déposé en 2 exemplaires à la direction des relations du travail de Paris et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Article 31

Extension

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 22 novembre 2007.

(Suivent les signatures.)