

Brochure n° 3243

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

AVENANT N° 80 DU 28 SEPTEMBRE 2011
RELATIF À LA PRÉVOYANCE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1151445M
IDCC : 1504

Entre :

La CPF ;

L'UNPE,

D'une part, et

La FGTA FO ;

La CFTC CSFV ;

La FNAA CFE-CGC ;

La FNAF CGT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Considérant l'avenant n° 62 du 22 novembre 2007 relatif à la mise en place de la garantie frais de santé pour les salariés de la branche et les résultats constatés depuis la généralisation de cette garantie aux salariés de la branche, les partenaires sociaux décident d'améliorer les dispositions de cette garantie selon les taux de remboursement mentionnés dans le tableau ci-après qui annule et remplace celui de l'article 62.

La cotisation fixée par l'avenant n° 62 est inchangée à 40 € toutes taxes en vigueur à la date de signature incluses.

NATURE DES FRAIS	RÉGIME de base
Hospitalisations chirurgicales (établissements publics ou privés)	
Honoraires (chirurgiens, anesthésistes et autres)	150 % BR
Frais de séjour	150 % BR
Chambre particulière (dès le 1 ^{er} jour mais limité à 60 jours par année civile), frais réels, dans la limite de :	50 €/jour

NATURE DES FRAIS	RÉGIME de base
Frais d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans), frais réels, dans la limite de :	25 €/jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Transports (pour entrée et sortie d'hospitalisation)	100 % BR
Hospitalisations médicales (établissements publics ou privés, y compris maisons de repos et de convalescence, colonies sanitaires et sanatoriums) et maternité	
Honoraires (médecins intervenants)	150 % BR
Frais de séjour	150 % BR
Chambre particulière (dès le 1 ^{er} jour mais limité à 60 jours par année civile en médical, à 90 jours par année civile en service psychiatrique, maison de retraite à caractère médicalisé et en long séjour et 8 jours en maternité), frais réels, dans la limite de :	50 €/jour
Frais d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans), frais réels, dans la limite de :	25 €/jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Transports (pour entrée et sortie d'hospitalisation)	100 % BR
Soins médicaux (y compris risque maternité)	
Consultations, visites ou actes de généralistes ou de spécialistes	130 % BR
Radiologie	100 % BR
Analyses biologiques	100 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	100 % BR
Pharmacie	100 % BR
Transport (autres que pour hospitalisation)	100 % BR
Actes de médecine alternative non remboursés par la sécurité sociale (ostéopathie, chiropractie, acupuncture) ou bilan nutritionnel	25 € par séance (3 séances par an et par bénéficiaire)
Optique (les forfaits indiqués sont versés en complément du remboursement de la sécurité sociale, dans la limite des frais réels)	Dans la limite du forfait (1 monture et 2 verres) à raison d'un équipement par an et par bénéficiaire
Par monture	75 €
– verres unifocaux simples, par verre :	42 €
– verres unifocaux complexes, par verre :	65 €
– verres multifocaux ou progressifs simples, par verre :	65 €
– verres multifocaux ou progressifs complexes, par verre :	95 €
Lentilles acceptées par la sécurité sociale, forfait annuel :	150 €
Lentilles refusées par la sécurité sociale ou jetables, forfait annuel :	150 €
<i>(Les forfaits monture et verres ne sont pas cumulables au cours de la même année civile avec le forfait lentilles refusées par la sécurité sociale.)</i>	
Correction des troubles de la vision par chirurgie, forfait par œil :	300 €

NATURE DES FRAIS	RÉGIME de base
Dentaire	
Soins dentaires	100 % BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	150 % BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale (en pourcentage de la base théorique de remboursement de la sécurité sociale)	150 % BR
Prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale :	
– prothèses	210 % BR
– inlay simple, onlay	210 % BR
– inlay core et Inlay à clavettes	160 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale sauf hors nomenclature (en pourcentage de la base théorique de remboursement de la sécurité sociale)	150 % BR
Appareillage (les forfaits indiqués sont versés en complément du remboursement de la sécurité sociale, dans la limite des frais réels)	
Prothèses orthopédiques	Forfait annuel de 400 € par bénéficiaire
Prothèses auditives	
Accessoires médicaux définis par la nomenclature sécurité sociale	
Cures thermales	
Honoraires de surveillance	100 % BR
Frais d'établissement thermal	100 % BR
Hébergement	200 €
Frais de transport	
(Le forfait indiqué est versé une fois par année civile, que la cure soit prise en charge ou non par la sécurité sociale, dans la limite des frais réels et déduction faite, s'il y a lieu, de la participation de la sécurité sociale)	
Actes de prévention	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	100 % BR
Dépistage des troubles de l'audition chez l'adulte de plus de 50 ans	100 % BR
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale, forfait annuel :	50 €
Traitement anti-nicotinique (en complément du forfait sécurité sociale), forfait annuel :	30 €
Tous les pourcentages ci-dessus sont exprimés sur la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale et incluent la participation de la sécurité sociale à l'exception des garanties exprimées en euro qui sont attribuées en supplément des remboursements éventuels de la sécurité sociale. Tous les remboursements calculés par les assureurs sont limités aux frais réellement engagés	

Article 2

La date d'effet du présent avenant est fixée au 1^{er} juillet 2011.

Article 3

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1, L. 2262-8, D. 2231-2, D. 2231-3, D. 2231-7 et D. 2231-8 du code du travail et d'une demande d'extension dans les conditions fixées à l'article L. 2261-15 dudit code.

Fait à Paris, le 28 septembre 2011.

(Suivent les signatures.)