

Brochure n° 3327

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 2697. – PERSONNELS DES STRUCTURES**  
**ASSOCIATIVES CYNÉGÉTIQUES**

---

AVENANT N° 2 DU 6 DÉCEMBRE 2013  
À L'ACCORD DU 7 DÉCEMBRE 2006  
RELATIF AU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1450064M  
IDCC : 2697

---

Entre :

Le SNCF,

D'une part, et

Le SNPFDC FGTA FO ;

L'UPTEC UNSA ;

La FGA CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Après avoir rappelé que :

- le 7 décembre 2006, un accord collectif professionnel sur le régime complémentaire santé des salariés relevant de la convention collective nationale des personnels des structures associatives cynégétiques a été signé par les parties, en application de l'article 5.3 de la convention collective et modifié par avenant en date du 27 mars 2012 ;
- cet accord a prévu le réexamen périodique du choix de l'organisme assureur ;
- par ailleurs, les conditions d'application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, sur les exclusions d'assiette dont bénéficient les cotisations patronales servant à financer les régimes de retraite et de prévoyance, ont été modifiées par le décret du 9 janvier 2012 dont les modalités d'application ont été précisées par la circulaire DSS/SD5B/2013/334 du 25 septembre 2013 ;
- ce nouveau dispositif permet des dérogations au caractère obligatoire de l'adhésion des salariés, qu'il convient de prendre en compte ;
- la loi a instauré un nouveau dispositif de portabilité des droits à garantie frais médicaux au bénéfice des anciens salariés bénéficiaires de l'assurance chômage ;
- c'est dans ces conditions qu'a été conclu le présent avenant à l'accord du 7 décembre 2006.

**Article 1<sup>er</sup>**

Les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas de l'article 1<sup>er</sup> (de « Toutefois, conformément » à « adapter l'accord, si nécessaire ») sont remplacés par les dispositions suivantes.

« L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les salariés.

Cependant, les personnes suivantes auront la faculté de refuser l'adhésion au régime :

- les salariés à durée déterminée et les apprentis, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiant, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :
  - dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au 6<sup>e</sup> alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Ce cas concerne également les couples de salariés dans l'entreprise. Le régime couvrant à titre obligatoire les ayants droit du salarié tels que définis par le contrat d'assurance, il est possible de n'y faire adhérer qu'un seul des deux membres du couple, l'autre étant couvert en qualité d'ayant droit de son conjoint. Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre, ils devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de la structure dont ils relèvent et indiquer à cette occasion quel membre du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime ;

- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- le régime spécial des gens de mer (ENIM) ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la structure dont ils relèvent, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire chaque année dans les délais tout justificatif attestant de cette couverture. A défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

- les salariés qui, à la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ou de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire, d'une part, la décision administrative d'attribution de l'une desdites aides et, d'autre part, tout document attestant de la souscription d'un contrat individuel et de sa date d'échéance.

Cette faculté de ne pas adhérer au régime ne vaut que jusqu'à la date où les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès la structure dont ils relèvent, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les délais fixés par lui, ils seront obligatoirement affiliés au régime ;

- les salariés qui, à la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche si elle est postérieure, sont déjà couverts par une assurance individuelle remboursement de frais médicaux, et ce pour la durée restant à courir jusqu'à la prochaine date d'échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de renouvellement tacite. Pour ce faire, les salariés devront produire tout document attestant de l'existence du contrat individuel et de sa date d'échéance.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de la structure dont ils relèvent, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais médicaux et produire tout justificatif requis. A défaut d'écrit et de justificatif adressé à l'employeur dans les délais fixés par lui, suivant la date de mise en place du présent régime ou de leur embauche, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation. »

## Article 2

L'article 3 « Organisme assureur et garanties » de l'accord du 7 décembre 2006 est remplacé par la phrase suivante :

« L'organisme assureur recommandé est la société d'assurance AXA collective. Le personnel est garanti dans le cadre d'un contrat d'assurance collective souscrit par le SNCF, en application du présent accord. »

## Article 3

Dans le tableau intitulé « Régime frais de santé ensemble du personnel » figurant à l'article 3 de l'accord, le taux de cotisation est porté à 3,22 % du plafond de la sécurité sociale.

Le tableau « Régime frais de santé ensemble du personnel » est remplacé par le tableau suivant.

### Garanties aménagées. – Base

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS
<b>Hospitalisation (médicale, chirurgicale et psychiatrique)</b>	
Frais de séjour	
Secteur conventionné	100 % FR
Secteur non conventionné	90 % frais réels limité à 400 % de la BR
Honoraires	
Secteur conventionné	100 % frais réels limité à 400 % BR
Secteur non conventionné	90 % frais réels limité à 400 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Chambre particulière (y compris maternité)	3 % PMSS par jour
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	40 € par jour, maximum 60 jours par an
<b>Frais médicaux courants</b>	
Consultations, visites généralistes, conventionnées ou non conventionnées	200 % BR

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS
Consultations, visites spécialistes, conventionnées ou non conventionnées	200 % BR
Auxiliaires médicaux	200 % BR
Analyses	200 % BR
Actes d'imagerie, actes de radiologie et électroradiologie conventionnés	200 % BR
Actes d'imagerie, actes de radiologie et électroradiologie non conventionnés	200 % BR
Actes de spécialité, actes techniques médicaux conventionnés ou non conventionnés	200 % BR
Densitométrie osseuse	75 € par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique (bénéficiaire 16 ans et plus)	50 % frais réels, maximum 100 € au total
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture	40 € par séance (maximum 3 séances par an)
Diététicien enfant moins de 12 ans	100 % frais réels, maximum 30 € par consultation maximum 2 séances par an
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie	TM
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale/MSA mais prescrits	100 % FR
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale/MSA et non prescrits	6 % PMSS
<b>Transport</b>	
Transport des malades	100 % FR
<b>Maternité. – Adoption</b>	
Naissance simple	20 % PMSS
Naissance multiple	40 % PMSS
<b>Frais d'optique (limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes, sauf évolution de la dioptrie)</b>	
Verres	
Verres unifocaux : la paire	Voir grille optique
Verres multifocaux : la paire	Voir grille optique
Monture	5 % PMSS
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale/MSA, refusées ou jetables	10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	305 € par œil, par an et par bénéficiaire
<b>Frais dentaires (plafond à 100 % PMSS par an)</b>	
Soins dentaires	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale/MSA	420 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale/MSA	400 % BR reconstituée
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale/MSA	300 % BR

NATURE DES SOINS	MONTANT DES PRESTATIONS
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale/MSA (début de traitement avant 26 ans)	300 % BR dans la limite de 580,50 € par semestre (maximum 4 semestres consécutifs)
Implantologie (maximum 3 implants par an)	
Pose de l'implant	645 €
Faux moignon implantaire	215 €
Couronne	537,50 €
Parodontologie refusée par la MSA	
Curetage : surfaçage	144,60 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)
Grefe gingivale	430 € (maximum une greffe par an et par bénéficiaire)
Allongement coronaire	72,30 € par intervention (4 interventions maximum par an et par bénéficiaire)
Lambeau	215 € (maximum 4 interventions par an et par bénéficiaire)
Pilier de bridge sur dent saine	537,50 €
<b>Appareillage</b>	
Prothèses auditives	200 % BR + 50 % PMSS par an
Gros et petit appareillage	300 % BR
Autres prothèses acceptées par la sécurité sociale/MSA	300 % BR
Orthopédie	300 % BR
Fournitures médicales, pansements	100 % FR
<b>Cure thermique (21 jours maximum)</b>	
Cure thermique acceptée par la sécurité sociale/MSA (transport et hébergement)	25 % PMSS dans la limite des frais restant à charge
<b>Allocation obsèques</b>	
Assuré, conjoint, concubin, pacsé, enfant	100 % PMSS limité aux frais réels pour les enfants de moins de 12 ans

### Grille optique

FRAIS D'OPTIQUE (LIMITATION À UNE PAIRE DE LUNETTES TOUS LES 2 ANS POUR LES ADULTES, SAUF ÉVOLUTION DE LA DIOPTRIE)				
Type de verre	Puissance sphère	Cylindre	Garantie par verre	
			Adulte	Enfant
Unifocaux – classe 1	0 à 2	< 2	5 % PMSS	4 % PMSS
	2,25 à 4			
Unifocaux – classe 2	0 à 4	> 2	5 % PMSS	4 % PMSS
	4,25 à 6	< 2		
Unifocaux – classe 3	4,25 à 6	> 2	7 % PMSS	6 % PMSS
	6,25 à 8	< 2		

FRAIS D'OPTIQUE (LIMITATION À UNE PAIRE DE LUNETTES TOUS LES 2 ANS POUR LES ADULTES, SAUF ÉVOLUTION DE LA DIOPTRIE)				
Unifocaux – classe 4	6,25 à 8 > 8	> 2 Tous	7 % PMSS	6 % PMSS
Multifocaux – classe 1	0 à 2 2,25 à 4	< 2	9 % PMSS	8 % PMSS
Multifocaux – classe 2	0 à 4 4,25 à 6	> 2 < 2	9 % PMSS	8 % PMSS
Multifocaux – classe 3	4,25 à 6	> 2	10 % PMSS	10 % PMSS
	6,25 à 8	< 2		
Multifocaux – classe 4	6,25 à 8 > 8	> 2 Tous	12 % PMSS	10 % PMSS
Monture	5 % PMSS			
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale, refusées ou jetables	10 % PMSS par an et par bénéficiaire			
Chirurgie réfractive	305 € par œil, par an et par bénéficiaire			

#### Article 4

Il est créé un article 7 intitulé « Portabilité » ainsi rédigé :

« Article 7

*Portabilité*

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 a généralisé un dispositif de “portabilité”, permettant aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d’un maintien des régimes de prévoyance (frais de santé et incapacité-invalidité-décès) dont ils bénéficiaient au sein de l’entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail (à l’exception du licenciement pour faute lourde), ouvrant droit à une prise en charge par le régime d’assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l’ensemble des conditions fixées par la loi :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l’ancien salarié sont celles en vigueur dans l’entreprise ;
- le maintien des garanties ne peut conduire l’ancien salarié à percevoir des indemnités d’un montant supérieur à celui des allocations chômage qu’il aurait perçues au titre de la même période ;
- l’ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l’ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- la fédération départementale signalera le maintien de ces garanties, qui est gratuit pour le bénéficiaire, dans le certificat de travail et informe l’organisme assureur de la cessation du contrat de travail ;
- la portabilité des droits est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail. »

Ce dispositif entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2014. Les cotisations finançant la portabilité seront arrêtées par la commission paritaire en accord avec l'organisme assureur et seront réparties, le moment venu, dans les mêmes conditions que la cotisation définie au présent accord. Tout décalage éventuel dans la mise en œuvre de cette réforme entraînera un report de son application conventionnelle.

#### **Article 5**

L'article 7 « Durée, dépôt, publicité » devient l'article 8.

#### **Article 6**

##### *Dispositions finales*

Le présent avenant s'incorpore à l'accord du 7 décembre 2006 et aura par conséquent la même durée.

Il sera déposé auprès de la DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) des Hauts-de-Seine et auprès du secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes des Hauts-de-Seine, conformément à l'article L. 2262-1 du code du travail.

Fait à Issy-les-Moulineaux, le 6 décembre 2013.

(Suivent les signatures.)