

Brochure n° 3243

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

AVENANT N° 87 DU 18 MARS 2015
RELATIF À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550504M
IDCC : 1504

PRÉAMBULE

Le présent avenant adapte, à effet du 1^{er} avril 2015, les dispositions de l'avenant n° 62 du 22 novembre 2007 relatif aux garanties frais de santé au regard des dispositions du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 portant sur les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

Il aménage, par ailleurs, les niveaux de garanties et de cotisations au regard de l'analyse technique des résultats du régime.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Prestations

Les dispositions de l'article 8.2 relatif au montant des prestations sont modifiées comme suit :

Les garanties, exprimées en pourcentage de la base de remboursement s'entendent, « y compris les remboursements versés par la sécurité sociale ainsi que le remboursement additionnel du régime local Alsace-Moselle ».

Les montants des garanties exprimés en euros par bénéficiaire sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.

Tous les remboursements calculés par l'organisme assureur sont limités aux frais réellement engagés.

NATURE DES FRAIS	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Hospitalisations chirurgicales (établissements publics ou privés)	
Honoraires (chirurgiens, anesthésistes et autres) des praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150 % de la BR
Honoraires (chirurgiens, anesthésistes et autres) des praticiens n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	130 % de la BR
Frais de séjour	150 % de la BR

NATURE DES FRAIS	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
Chambre particulière (dès le premier jour, mais limité à 60 jours par an et par bénéficiaire)	Frais réels, dans la limite de 50 € par jour
Frais d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans)	Frais réels, dans la limite de 25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Transport (pour entrée et sortie d'hospitalisation)	100 % de la BR
Hospitalisations médicales (établissements publics ou privés, y compris maisons de repos et de convalescence, colonies sanitaires et sanatoriums) et maternité	
Honoraires (médecins intervenants) des praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	150 % de la BR
Honoraires (médecins intervenants) des praticiens n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	130 % de la BR
Frais de séjour	150 % de la BR
Chambre particulière (dès le premier jour, mais limité à 60 jours par an et par bénéficiaire en médical, à 90 jours par an et par bénéficiaire en service psychiatrique, en maison de retraite à caractère médicalisé et en long séjour, à 8 jours en maternité)	Frais réels, dans la limite de 50 € par jour
Frais d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans)	Frais réels, dans la limite de 25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Transport (pour entrée et sortie d'hospitalisation)	100 % de la BR
Naissance/Adoption ⁽¹⁾	Forfait égal à 150 € par enfant
Soins médicaux (y compris maternité)	
Consultations, visites ou actes de généralistes ou de spécialistes :	
– praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	200 % de la BR
– praticiens n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	180 % de la BR
Radiologie	100 % de la BR
Analyses biologiques	100 % de la BR
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	100 % de la BR
Pharmacie	100 % de la BR
Transport (autre que pour hospitalisation)	100 % de la BR
Actes de médecine alternative non remboursés par la sécurité sociale (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie) ou bilan nutritionnel	Dans la limite de 35 € par séance et de 3 séances par an et par bénéficiaire
Optique	
A raison d'un équipement tous les 2 ans, par bénéficiaire. Toutefois, pour les mineurs, en cas de changement de correction, la limite est ramenée à 1 an. Cette limite est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement. La prestation ne peut, en tout état de cause, être inférieure aux planchers ou supérieure aux plafonds du tableau ci-après.	Les forfaits indiqués sont versés en complément du remboursement de la sécurité sociale et intègrent le régime local Alsace-Moselle
Par monture	100 €
– verres simples ⁽²⁾ (par verre)	92 €

NATURE DES FRAIS	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
– verres complexes ⁽³⁾ (par verre)	115 €
– verres hypercomplexes ⁽⁴⁾ (par verre)	145 €
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	150 € par an et par bénéficiaire
Lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale ou jetables	150 € par an et par bénéficiaire
Correction des troubles de la vision par chirurgie (par œil)	400 €
Dentaire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Inlay simple, onlay ⁽⁵⁾	250 % de la BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	280 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale (en pourcentage de la base théorique de remboursement de la sécurité sociale)	280 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale :	
– prothèses	280 % de la BR
– inlay core et inlay à clavettes	180 % de la BR
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale (en pourcentage de la base théorique de remboursement de la sécurité sociale) : pilier de bridge et couronne sur dent vivante	280 % de la BR
Appareillage	
Prothèses orthopédiques	100 % de la BR + 400 € par an et par bénéficiaire
Accessoires médicaux définis par la nomenclature de la sécurité sociale	
Prothèses auditives	100 % de la BR + 800 € par an et par bénéficiaire
Cures thermales	
Honoraires de surveillance	100 % de la BR
Frais d'établissement thermal	100 % de la BR
Hébergement (nuitées)/frais de transport :	200 € par cure et par bénéficiaire
Les forfaits indiqués sont versés, 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	
Ensemble des actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale (art. R. 871-1 du code de la sécurité sociale)	100 % de la BR
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale (sur prescription médicale)	50 € par an et par bénéficiaire
Traitement antinicotinique remboursé par la sécurité sociale	30 € par an et par bénéficiaire
Le forfait est versé en complément du remboursement de la sécurité sociale	
<p>(1) Versement unique au mari ou à la femme si tous les deux travaillent dans la même entreprise.</p> <p>(2) Verres simples : verres simples foyers avec une sphère comprise entre – 6 et + 6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.</p> <p>(3) Verres complexes : verres simples foyers avec une sphère supérieure à – 6 ou à + 6 ou un cylindre supérieur à + 4 et verres multifocaux ou progressifs.</p> <p>(4) Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, dont sphère hors zone de – 8 à + 8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone de – 4 à + 4.</p> <p>(5) Pour les stomatologues n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, la garantie est limitée à 225 % de la BR pour l'année 2015 et l'année 2016 et 200 % de la BR à compter de 2017.</p> <p>BR : base de remboursement de la sécurité sociale.</p>	

La prise en charge des frais d'optique est plafonnée en application des dispositions du « contrat responsable » (art. L. 871-2 du code de la sécurité sociale et ses décrets d'application) et de celles du « panier de soins » (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale).

Modalités de prise en charge des équipements optiques
(panier de soins, contrat responsable)

(En euros.)

ÉQUIPEMENT COMPORTANT	MINIMA (Panier de soins)	MAXIMA (Contrat responsable : plafond de remboursement de la monture de 150 € maximum inclus)
2 verres simples	100	470
1 verre simple et 1 verre complexe	150	610
2 verres complexes	200	750
1 verre simple et 1 verre hypercomplexe	150	660
1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe	200	800
2 verres hypercomplexes	200	850

Article 2

Cotisations

Les dispositions de l'article 7 relatif aux cotisations sont modifiées comme suit :

- « La cotisation contractuelle mensuelle par salarié est égale à :
- salariés bénéficiaires relevant de l'article 4 de la convention collective nationale des cadres de 1947 :
 - régime général de la sécurité sociale : 51,30 € ;
 - régime local d'Alsace-Moselle : 40,85 € ;
 - salariés ne relevant pas de l'article 4 de la convention collective nationale des cadres de 1947 :
 - régime général de la sécurité sociale : 34 € ;
 - régime local d'Alsace-Moselle : 27 €. »

Article 3

Dispositions diverses

Les dispositions suivantes sont prévues :

Professionnel de santé ayant adhéré au contrat d'accès aux soins

Professionnel de santé ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale

On entend par contrat d'accès aux soins (CAS) un contrat négocié entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux et auquel peuvent adhérer les professionnels de santé du secteur 2 sur la base du volontariat et certains professionnels de santé du secteur 1.

Le professionnel de santé adhérant au contrat d'accès aux soins s'engage à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du contrat ;
- respecter son taux de dépassement moyen ;

- réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion ;
- respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100 % du tarif opposable de la sécurité sociale.

Les garanties définies par le présent avenant se conforment au cahier des charges des contrats dits « responsables » tel que défini au titre 7 du livre VIII du code de la sécurité sociale et les dispositions y afférentes et sont au minimum au niveau prévu à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins.

L'ensemble des autres dispositions de l'avenant n° 62 du 22 novembre 2007 reste inchangé.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt et d'extension prévues par le code du travail.

Fait à Paris, le 18 mars 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

CPF ;

UNPF.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

UNSA FCS ;

CFE-CGC Agro.