

Brochure n° 3133

Convention collective nationale

IDCC : 953. – CHARCUTERIE DE DÉTAIL

AVENANT N° 26 DU 24 MARS 2015

RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

NOR : ASET1550767M

IDCC : 953

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en commission paritaire le 5 mars 2015 et ont décidé à l'unanimité, compte tenu des résultats du régime, d'améliorer les prestations du régime « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » des salariés sans modification corrélative des cotisations.

Le présent avenant a pour effet de modifier le tableau des prestations garanties figurant à l'article 20.3.D.1 « Garanties » de l'avenant n° 21 du 10 octobre 2013 à la convention collective nationale de la charcuterie de détail du 1^{er} décembre 1977 réécrite par l'avenant n° 113 du 4 avril 2007.

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Catégories objectives de salariés

Le présent régime est conforme à la législation en vigueur, et notamment aux dispositions des décrets n° 2012-25 du 9 janvier 2012 et n° 2014-786 du 8 juillet 2014 définissant les catégories objectives de salariés.

Article 2

Régime solidaire et responsable

A compter du 1^{er} avril 2015, le présent régime est rendu conforme aux dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 définissant le cahier des charges des contrats responsables. Le présent régime est en outre solidaire.

Article 3

*Modification du tableau des prestations garanties
par le régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé*

A compter du 1^{er} avril 2015, l'article 20.3.D.1 « Garanties » de l'avenant n° 21 du 10 octobre 2013 à la convention collective nationale de la charcuterie de détail du 1^{er} décembre 1977 réécrite par l'avenant n° 113 du 4 avril 2007 sera rédigé comme suit.

Article 20.3.C

Bénéficiaires

Le troisième alinéa de l'article 20.3.C sera rédigé comme suit.

« Peuvent, à leur initiative, se dispenser d'affiliation au présent régime "remboursement de frais de soins de santé", en fournissant régulièrement à leurs employeurs les justificatifs correspondants :

- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire de frais de soins de santé à affiliation obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (salariés à employeurs multiples), à la condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture. Cette dispense d'affiliation demeure valable tant que les salariés justifient de la couverture dont ils bénéficient dans le cadre d'un autre emploi. Si cette couverture cesse, les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne sont plus garantis ;
- les salariés bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), pour la durée de leur prise en charge au titre de ce régime, à la condition de fournir à leur employeur une attestation annuelle justifiant de leur couverture. Les salariés devront obligatoirement rejoindre le présent régime à compter de la date à laquelle ils ne bénéficient plus du régime de la CMU-C ;
- les salariés bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, et cela jusqu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de cette aide ;
- les salariés à temps partiel qui devraient acquitter une cotisation, qu'elle soit forfaitaire ou proportionnelle au revenu, au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. »

« Article 20.3.D1

Garanties

Les garanties du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des cotisations en tout ou partie à cette occasion.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de la sécurité sociale au titre de la législation "maladie", "accidents du travail, maladies professionnelles" et "maternité" ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce régime, expressément mentionnés dans le tableau des garanties visé ci-dessous.

Les garanties "maternité" prévues au présent régime n'interviennent que pendant la période au cours de laquelle l'assurée reçoit des prestations en nature de la sécurité sociale au titre du risque maternité.

AG2R Prévoyance verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait maternité du participant est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Un seul forfait peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption.

Les dates prises en compte pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

POSTE	PRESTATIONS y compris les prestations versées par la sécurité sociale	
	Contrat d'accès aux soins (CAS)	Hors contrat d'accès aux soins (non CAS)
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	250 % de la BR	
Honoraires (actes de chirurgie [ADC], actes d'anesthésie [ADA], autres honoraires)	250 % de la BR	200 % de la BR
Chambre particulière (y compris maternité) ⁽¹⁾ (*)	80 € par jour	
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans, sur présentation d'un justificatif)	30 € par jour	
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % de la BR	
Forfait journalier	100 % des FR	
Actes médicaux		
Généralistes	220 % de la BR	200 % de la BR
Spécialistes	220 % de la BR	200 % de la BR
Actes d'imagerie médicale, actes d'échographie	170 % de la BR	150 % de la BR
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux	220 % de la BR	200 % de la BR
Auxiliaires médicaux et analyses	150 % de la BR	
Pharmacie		
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	100 % de la BR	
Contraception prescrite non remboursée	90 € par année civile	
Dentaire		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % de la BR	
Inlay simple et onlay	400 % de la BR	
Inlay core et inlay à clavettes	330 % de la BR	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	400 % de la BR	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	320 % de la BR	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	275 % de la BR	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale (*)	275 % de la BR	
Implants dentaires (*)	1 000 € par année civile	
Parodontologie	260 € par année civile	
Autres prothèses acceptées (par bénéficiaire)		
Prothèses auditives	RSS + crédit de 1 000 € par année civile (conformément aux décrets n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 et n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur)	
Orthopédie et autres prothèses	RSS + crédit de 600 € par année civile (conformément aux décrets n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 et n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur)	

POSTE	PRESTATIONS y compris les prestations versées par la sécurité sociale	
	Contrat d'accès aux soins (CAS)	Hors contrat d'accès aux soins (non CAS)
Optique (par bénéficiaire)		
Monture	RSS + 100 € (conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes à compter de l'acquisition du précédent équipement)	
Verres	100 % de la BR + crédit fonction du type de verre (conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes à compter de l'acquisition du précédent équipement)	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	RSS + 160 € par année civile	
Lentilles refusées par la sécurité sociale	160 € par année civile	
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	800 € par année civile	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré	350 €	
Fécondation in vitro	250 € par année civile	
Cure thermale (acceptée par la sécurité sociale)		
Frais de traitement et honoraires	100 % de la BR	
Frais de voyage et d'hébergement	250 € (1 acte par année civile)	
Actes hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie et phytothérapie	40 € par acte (limité à 4 actes par année civile)	
Actes de prévention		
Prise en charge de 2 actes de prévention suivants : détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum. Les vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite, et ce quel que soit l'âge	100 % de la BR	
Vaccin antigrippe non remboursé par la sécurité sociale	100 % des FR	
(*) Remboursé selon conditions définies nonobstant toutes interventions de la sécurité sociale.		
(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		

Détail poste optique

(En euros.)

ADULTE (≥ 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	80
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	140
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	140
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < 4	De - 6 à + 6	80
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< - 6 et > + 6	140
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > 4	De - 6 à + 6	140
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< - 6 et > + 6	140
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De - 4 à + 4	170
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< - 4 ou > + 4	240
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout cylindre	De - 8 à + 8	170
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< - 8 ou > + 8	240

ADULTE (< 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	De - 6 à + 6	80
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			De - 6,25 à - 10 ou de + 6,25 à + 10	140
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< - 10 ou > + 10	140
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < 4	De - 6 à + 6	80
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< - 6 et > + 6	140
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > 4	De - 6 à + 6	140
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< - 6 et > + 6	140

ADULTE (< 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX multifocaux	AVEC OU SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT par verre
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	Multifocaux	Sphérique	De – 4 à + 4	170
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< – 4 ou > + 4	240
2240671 : verre blanc 2282221 verre teinté		Tout cylindre	De – 8 à + 8	170
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< – 8 ou > + 8	240
Définitions : BR = base de remboursement de la sécurité sociale. PU = prix unitaire. TC = tarif de convention de la sécurité sociale. TR = tarif de responsabilité. TFR = tarif forfaitaire de responsabilité. FR = frais réels. SS = sécurité sociale. TMC = ticket modérateur conventionnel (reconstitué en secteur non conventionné).				

Article 4

Condition d'ancienneté

En application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) qui impose la généralisation d'une couverture minimale de frais de santé à tous les salariés des entreprises, il a été décidé de procéder à la suppression de la condition d'ancienneté requise pour l'accès à ce régime de remboursement de frais de soins de santé. Cette suppression sera effective à compter du 1^{er} janvier 2016.

Article 5

Dépôt et extension

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « La négociation collective. – Les conventions et accords collectifs de travail » (livre II de la deuxième partie). Le présent avenant est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique l'extension du présent avenant, en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

La confédération nationale de la charcuterie de détail, 15, rue Jacques-Bingen, 75017 Paris, se charge des formalités nécessaires.

Fait à Paris, le 24 mars 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

CNCT.

Syndicats de salariés :

FGTA FO ;

CSFV CFTC ;

FNAA CFE-CGC ;

UNSA FCS ;

FGA CFDT.