

Brochure n° 3605

Convention collective nationale

**IDCC : 7013. – ÉTABLISSEMENTS D'ENTRAÎNEMENT
DE CHEVAUX DE COURSES AU TROT**

Brochure n° 3615

Convention collective nationale

**IDCC : 7014. – ÉTABLISSEMENTS D'ENTRAÎNEMENT
DE CHEVAUX DE COURSES AU GALOP**

AVENANT N° 14 DU 28 SEPTEMBRE 2015

NOR : AGRS1697020M
IDCC : 7013, 7014

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité les garanties frais de santé définies à l'accord national du 8 juin 1989 avec le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables).

Article 1^{er}

Modification des garanties frais de santé

Le paragraphe 4 de l'article 2 de l'accord national du 8 juin 1989, relatif aux garanties frais de santé, est rédigé comme suit :

« 4.1. Garantie frais de santé

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.

4.2. Niveau des prestations

Le présent régime est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que dans le respect du niveau de garanties défini à l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous incluent les remboursements versés par la sécurité sociale. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité.

Le respect des règles de prise en charge maximale définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

Chaque bénéficiaire affilié au régime bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous.

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour			100% BR
Forfait hospitalier engagé		100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS (*) :		100% BR
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS (*) :		100% BR
Autres honoraires			
Chambre particulière			1% du PMSS par jour
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)			Néant
Transport remboursé SS			
Transport			100% BR
Actes médicaux			
Généralistes	Médecin adhérent CAS (*) :		100% BR
(Consultations et visites)		Non adhérent CAS (*) :	100% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS (*) :		100% BR
(Consultations et visites)		Non adhérent CAS (*) :	100% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS (*) :		100% BR
Actes techniques médicaux (ATM)		Non adhérent CAS (*) :	100% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS (*) :		100% BR
Actes d'échographie (ADE)		Médecin non adhérent CAS (*) :	100% BR
Auxiliaires médicaux			100% BR
Analyses			100% BR
Actes médicaux non remboursés SS			
Densitométrie osseuse			Néant
Chirurgie réfractive			Néant
(Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)			
Pharmacie remboursée SS			
Pharmacie			100% BR
Pharmacie non remboursée SS			
Vaccins anti-grippe et autres			Néant
Sevrage tabagique			Néant
Contraception prescrite			Néant
Appareillages remboursés SS			
Prothèses auditives			250% BR
Orthopédie & autres prothèses			250% BR

(*) Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

Soins, prothèses dentaires et orthodontie

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires**	420% BR	
Inlay simple, Onlay**	420% BR	
Prothèses dentaires**	420% BR	
Inlay core et inlay à clavettes**	420% BR	
Orthodontie**	420% BR	

Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)	Néant	
Prothèses dentaires (2)	Néant	
Implants dentaires (3)	Néant	
Orthodontie	Néant	

(**) Lorsque le régime de base effectue ses remboursements au titre du risque « Accident du Travail » le taux de prise est limité à 400% de la BR y compris le remboursement du régime de base.

(1) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.

- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.

- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

Equipeement optique

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 mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	RSS + 3% du PMSS
Monture enfant	RSS + 3% du PMSS
Verres	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 3% du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 3% du PMSS par année civile

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	45€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	90€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX		Cylindre < à 4	de -6 à +6
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION	< à -6 et > à +6		105€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	105€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	105€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à - 4 ou > à +4	135€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de - 8 à +8	120€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	135€

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	45€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	62.50€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	62.50€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	45€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -6 et > à +6	65€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	65€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	65€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à - 4 ou > à +4	135€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de - 8 à +8	120€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	135€

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermique remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	100% BR	
Frais de voyage et hébergement	Néant	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)	Néant	
Médecines hors nomenclature		
Ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 euros par acte limité à 4 actes par année civile	
Actes de prévention		
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006 (voir liste ci-dessous)	100% BR	
<ul style="list-style-type: none"> - Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans - Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum - Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans - Dépistage de l'hépatite B - Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : <ul style="list-style-type: none"> a) Audiométrie tonale ou vocale b) Audiométrie tonale avec tympanométrie c) Audiométrie vocale dans le bruit d) Audiométrie tonale et vocale e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ; - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans - Vaccinations suivantes, seules ou combinées : <ul style="list-style-type: none"> a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois. 		

Abréviations :

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par l'assuré.

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RSS : remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

TM : ticket modérateur, soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).

4.3. Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé

4.3.1. Anciens salariés bénéficiaires de la portabilité

Le présent article définit les modalités d'application du dispositif de portabilité instauré par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. En cas de cessation du dernier contrat de travail non

consécutives à une faute lourde et ouvrant droit à indemnisation du régime obligatoire d'assurance chômage, le salarié ainsi que ses ayants droit bénéficient du maintien de la garantie frais de santé dans les conditions ci-après.

Le présent dispositif de portabilité s'applique aux cessations de contrat de travail, telles que définies précédemment, qui interviennent à compter du 1^{er} juin 2014.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail.

Le maintien des garanties s'applique pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail du salarié dans l'entreprise 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, dans la limite de 12 mois.

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

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 dans le présent article et conformément aux dispositions légales et réglementaires.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse :

- lorsque l'ancien salarié reprend un autre emploi ;
- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier auprès de l'organisme assureur de son indemnisation par le régime obligatoire d'assurance chômage ;
- dès que l'ancien salarié ne peut plus justifier auprès de l'employeur de son statut de demandeur d'emploi ;
- à la date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la sécurité sociale ;
- en cas de décès du salarié.

La suspension des allocations du régime obligatoire d'assurance chômage pour cause de maladie ou pour tout autre motif n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongée d'autant.

Le maintien des garanties au titre de la portabilité du présent régime obligatoire est financé par les cotisations des entreprises et des salariés en activité (part patronale et part salariale).

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

4.3.2. Anciens salariés bénéficiaires des dispositions de l'article 4 de la loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, la garantie frais de santé peut être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l'assuré décédé.

Les intéressés doivent en faire la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du salarié ou dans les 6 mois suivant la fin de la période de portabilité définie à l'article 4.3.1 précédent.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande et les conditions tarifaires de ce maintien.

4.3.3. Conditions de suspension des garanties

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières ou de rentes d'invalidité ou d'incapacité permanente professionnelle. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur maintient sa contribution et continue d'appeler et de verser la cotisation correspondant au régime frais de santé. Le salarié doit également acquitter sa part de cotisation.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par l'organisme assureur de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié via l'entreprise adhérente au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité de la cotisation du régime.

4.3.4. Conditions de cessation des garanties

Les garanties cessent en cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires de la portabilité visés à l'article 4.3.1 et les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin visés à l'article 4.3.2. »

Article 2

Date d'effet. – Dépôt. – Extension

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2016.

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « La négociation collective. – Les conventions et accords collectifs du travail » (livre deuxième de la partie II). 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 l'extension du présent avenant afin de le rendre applicable à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord national du 8 juin 1989.

Fait à Paris, le 28 septembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

Syndicat national des entraîneurs de chevaux de courses au trot en France ;

Association des entraîneurs de chevaux de courses au galop en France.

Syndicats de salariés :

FGA CFDT ;

CFTC-Agri ;

FGTA FO.