

Brochure n° 3076

Convention collective nationale

IDCC : 1686. – **COMMERCE ET SERVICES DE L'AUDIOVISUEL,
DE L'ÉLECTRONIQUE ET DE L'ÉQUIPEMENT MÉNAGER**

ACCORD DU 13 AVRIL 2017
RELATIF À LA MISE EN PLACE DU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1750884M

IDCC : 1686

Entre

FENACEREM

FEDELEC

D'une part, et

FNECS CFE-CGC

CSFV CFTC

FS CFDT

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les parties au présent accord ont souhaité, par la mise en place d'un régime frais de santé, définir les garanties minimales applicables aux salariés des entreprises de la branche et plus particulièrement en direction des TPE. Le présent accord s'inscrit donc dans le cadre de la loi du 14 juin 2013 qui généralise, à effet du 1^{er} janvier 2016, une couverture frais de santé. Conscientes que ce dispositif intervient alors que de nombreuses entreprises ont déjà mis en place de telles garanties d'une part, elles estiment néanmoins nécessaire qu'un socle de garantie commun à toutes les entreprises de la branche soit défini et d'autre part, que ce socle commun améliore les garanties minimales issues de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale. En conséquence de quoi, il a été conclu le présent accord relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire santé qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise portant sur le même objet, met à la charge de tous les employeurs entrant dans le champ d'application du présent accord l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions ci-après définies.

Article 1^{er}

Bénéficiaires des prestations

1.1. Caractère obligatoire

Sous réserve de relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés sans condition d'ancienneté bénéficient obligatoirement de la couverture dite « minimale base obligatoire » telle que visée à l'article 4.

1.2. Dispenses

Par dérogation au caractère obligatoire, conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant régulièrement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- les apprentis et salariés sous contrat à durée déterminée, sous réserve, pour les apprentis et les titulaires de contrats d'une durée d'au moins 12 mois, de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ; sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure ; la dispense joue jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année. Ces salariés devront formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, auprès de leur employeur, dans un délai de 1 mois à compter de la mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai de 1 mois qui suit leur embauche. En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

1.3. Extension des bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension souscrite individuellement par chaque salarié.

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- son conjoint ;

et/ou

- ses enfants à charge.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts dans les conditions suivantes :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié. Elle doit être payée à l'organisme assureur.

Est considéré comme conjoint, le conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de sécurité sociale (salarié ou non).

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à défaut le concubin (non marié ni lié par un Pacs à un tiers), s'il bénéficie d'un régime de sécurité sociale.

En ce cas, l'affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le participant, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un Pacs délivrée par le greffe du tribunal d'instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un Pacs et n'est pas ayant droit du participant au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

Sont réputés à charge du salarié, les enfants et ceux du conjoint,

Les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation sécurité sociale et, par extension :

Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :

- les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
- les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible ou revenu global.

Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :

- pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou ;
- ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou ;
- bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

Article 2

Maintien des garanties et suspension du contrat de travail

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

Congé maternité et paternité et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la sécurité sociale.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation en totalité (part patronale et part salariale).

Article 3

Maintien des garanties et rupture du contrat de travail

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié peut conserver le bénéfice des garanties du régime frais de santé. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des salariés bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

Le maintien des garanties de frais de santé prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail ou de l'acceptation d'un contrat de sécurisation professionnelle, pour une durée égale à celle de l'indemnisation du chômage, appréciée en mois entiers et dans la limite de 12 mois.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'employeur doit adresser à ce dernier, dès la cessation du contrat de travail, une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié, stipulant notamment les dates de début et de fin prévisible du droit à maintien des garanties. Le salarié doit adresser le justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, lorsque :

- il reprend une activité professionnelle et cesse d'être indemnisé par le régime d'assurance chômage ;
- il bénéficie d'une pension de retraite du régime général.

L'ancien salarié doit également informer l'organisme assureur sans délai de tout événement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l'expiration de la période prévue, ceci afin d'éviter que des prestations ne soient indûment versées.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation, il est inclus dans la cotisation fixée pour le personnel en activité à l'article 1.1 du présent accord.

Article 4

Définition des prestations

Les prestations sont définies dans le tableau annexé au présent accord. Elles intègrent les dispositions de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale relatives aux contrats responsables.

Article 5

Répartition de la cotisation

La cotisation destinée au financement du régime frais de santé défini par le présent accord est répartie à hauteur de 50 % (part patronale) et 50 % (part salariale).

Article 6

Régime plus favorable

Conformément aux dispositions des articles L. 2253-1 à L. 2253-3 du code du travail, l'accord de branche instituant un régime de frais de santé est un thème auquel il ne peut être dérogé. Aucun accord d'entreprise ou d'établissement dérogatoire ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du présent accord.

En conséquence, le présent accord ne saurait remettre en cause les régimes frais de santé déjà existants et globalement plus favorables. Il ne pourrait en aucun cas servir de fondement à la dénonciation d'accord d'entreprise ayant le même objet, comportant des dispositions plus favorables.

Les garanties instaurées par le présent accord constituent des garanties minimales, les entreprises ne peuvent qu'instaurer des garanties globalement plus favorables.

Article 7

Date d'effet

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} jour du mois suivant son arrêté d'extension.

Article 8

Publicité et formalités de dépôt

Le texte du présent accord, il est établi en suffisamment d'exemplaires pour qu'un original soit remis à chaque organisation syndicale représentative, et que les formalités de dépôt prévues aux articles D. 2231-2 et suivants du code du travail puissent être effectuées par la partie la plus diligente.

Article 9

Révision et dénonciation

Les organisations signataires de l'accord, ou ayant adhéré à l'accord, peuvent demander à tout moment sa révision.

En tout état de cause, dans le semestre qui précède la fin de la troisième année d'application du présent accord, les parties se rencontrent à l'effet d'en réviser le contenu, s'il y a lieu.

L'accord peut être dénoncé à tout moment par les organisations signataires avec un préavis de 3 mois dans les conditions prévues par L. 2261-9 du code du travail.

Fait à Paris, le 13 avril 2017.

(Suivent les signatures.)

Prestations du régime de base conventionnel

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	100 % de la BR	
Forfait hospitalier engagé	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	100 % de la BR	
Chambre particulière	0.95% PMSS / jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 12 ans (sur présentation d'un justificatif)	0.48% PMSS / jour	
Transport remboursé SS		
Transport	100% BR	
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)	100 % de la BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	100 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	100 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Analyses	100 % de la BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant	
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie	100% de la BR	
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives Orthopédie & autres prothèses	100% de la BR 100% de la BR	
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires	100% de la BR	
Inlay simple, Onlay	100 % de la BR	
Prothèses dentaires	195 % de la BR	
Inlay-core et inlay à clavettes	195 % de la BR	
Orthodontie	195 % de la BR	
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie Prothèses dentaires (1) Implants dentaires (2)	Néant	
Orthodontie non remboursé SS	Néant	

(1) 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.

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

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Optique	
Monture	RSS + 80€ limité à une monture sur 2 années consécutives pour les adultes** et à une monture par année civile pour les enfants.
Verres	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre. limité à 2 verres sur 2 années civiles consécutives pour les adultes** et à 2 verres par année civile pour les enfants.
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 7% du PMSS sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 7% du PMSS sur 2 années civiles consécutives

**Les verres + monture sont limités à une paire sur deux années consécutives pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée. La période de remboursement de 2 ans ou 1 an s'apprécie à compter de la date de souscription du contrat ou du bulletin d'adhésion, où à compter de la date d'acquisition du précédent équipement.

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	80 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	120 €
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	80 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	120 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	180 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	120 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	180 €

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	80 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	120 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	80 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	120 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	180 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	120 €
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	180 €

Autres Garanties du régime de BASE

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS	
Frais de traitement et honoraires	Néant
Frais de voyage et hébergement	Néant
Maternité	
Naissance d'un enfant déclaré (3)	Néant
Médecines hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	1,50% PMSS (soit 49 € pour 2017) par acte limité à 2 actes par année civile
Actes de prévention conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention	100% de la BR
Garantie Assistance	Néant

3) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

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)

CAS : Contrat d'accès aux soins (nouveau critère du contrat responsable)