

Brochure n° 3228

Convention collective nationale
IDCC : 637. – INDUSTRIES ET COMMERCE
DE LA RÉCUPÉRATION

AVENANT N° 13 DU 11 SEPTEMBRE 2017
RELATIF À LA MODIFICATION DU RÉGIME PRÉVOYANCE

NOR : ASET1751019M
IDCC : 637

Entre
FEDEREC

D'une part, et
CFE-CGC
FGMM CFDT
FCM FO
FGT SNED CFTC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de modifier l'accord de prévoyance du 9 avril 2008 et ses différents avenants.

Article 1^{er}

L'article 11.5 « Tableau des garanties santé » est désormais rédigé comme suit :

« Article 11.5

Tableau des garanties santé

Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATION (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la sécurité sociale)	
	Base obligatoire	Option facultative (sous déduction du régime de base)
Hospitalisation		
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	100 % de la BR	100 % de la BR

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATION (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la sécurité sociale)	
	Base obligatoire	Option facultative (sous déduction du régime de base)
Honoraires si adhérent OPTAM	150 % de la BR	150 % de la BR
Honoraires si non adhérent OPTAM	130 % de la BR	130 % de la BR
Chambre particulière (y compris en maternité)	50 € par jour	60 € par jour
Forfait hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Lit d'accompagnant	50 € par jour	60 € par jour
Forfait acte lourd	Pris en charge	Pris en charge
Pratique médicale courante		
Consultation, visite d'un généraliste non adhérent OPTAM	100 % de la BR	100 % de la BR
Consultation, visite d'un généraliste adhérent OPTAM	100 % de la BR	100 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste non adhérent OPTAM	130 % de la BR	130 % de la BR
Consultation, visite d'un spécialiste adhérent OPTAM	150 % de la BR	150 % de la BR
Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement	100 % de la BR	100 % de la BR
Frais d'analyse et de laboratoire	100 % de la BR	100 % de la BR
Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste non adhérent OPTAM	130 % de la BR	130 % de la BR
Actes de spécialité, petite chirurgie réalisés par un spécialiste adhérent OPTAM	150 % de la BR	150 % de la BR
Radiologie et ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale – non adhérent OPTAM	130 % de la BR	130 % de la BR
Radiologie et ostéodensitométrie prise en charge par la sécurité sociale – adhérent OPTAM	150 % de la BR	150 % de la BR
Pharmacie		
Frais pharmaceutiques remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité	100 % de la BR ou du tarif forfaitaire de responsabilité
Transport		
Frais de transport pris en charge par la sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR
Dentaire		
Soins dentaires pris en charge par la sécurité sociale	120 % de la BR	220 % de la BR
Inlay core et inlay à clavette	180 % de la BR	230 % de la BR
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	360 % de la BR	410 % de la BR
Inlay onlay pris en charge par la sécurité sociale	360 % de la BR	410 % de la BR
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	300 % de la BR	350 % de la BR
Implant dentaire ⁽¹⁾	180 € par implant	330 € par implant

DESCRIPTIF DES GARANTIES	PRESTATION (les remboursements exprimés en BR s'entendent sous déduction de ceux de la sécurité sociale)			
	Base obligatoire		Option facultative (sous déduction du régime de base)	
Optique				
Équipement optique (2 verres et une monture) Le remboursement est limité à un équipement optique par bénéficiaire tous les 2 ans. Le remboursement est limité à un équipement optique par an et par bénéficiaire pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	Adultes et enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans	Adultes et enfants de 18 ans et plus	Enfants de moins de 18 ans
Monture	90 €	80 €	110 €	100 €
Verre				
Verre simple sphérique avec sphère comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries	50 €	40 €	55 €	45 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre inférieur ou égal à + 4,00 dioptries	50 €	40 €	55 €	45 €
Verre simple sphérique avec sphère hors zone de – 6,00 et + 6,00 dioptries	85 €	90 €	125 €	95 €
Verre simple sphéro cylindrique avec cylindre supérieur à + 4,00 dioptries	85 €	90 €	125 €	95 €
Verre progressif sphérique avec sphère comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries	135 €	110 €	162,50 €	115 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère comprise entre – 8,00 et + 8,00 dioptries	150 €	130 €	190 €	140 €
Verre progressif sphérique avec sphère hors zone de – 4,00 et + 4,00 dioptries	135 €	110 €	162,50 €	115 €
Verre progressif sphéro cylindrique avec sphère hors zone de – 8,00 et + 8,00 dioptries	150 €	130 €	190 €	140 €
Lentilles prises en charge ou non par la sécurité sociale	260 € par an et par bénéficiaire		280 € par an et par bénéficiaire	
Chirurgie réfractive (pour les deux yeux par an)	–		400 €	
Appareillage				
Orthopédie et autres prothèses	125 % de la BR		125 % de la BR	
Prothèses auditives	125 % de la BR		125 % de la BR	
Allocations forfaitaires				
Maternité	Allocation forfaitaire égale à 315 €		Allocation forfaitaire égale à 315 €	
Actes hors nomenclature ^(*)				
Médecine alternative Ostéopathie – chiropractie – acupuncture ^(*)	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an		25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
Vaccins non pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale ^(*)	100 % des frais réels		100 % des frais réels	
(*) Le remboursement de l'institution du poste « actes hors nomenclature » est limité à 100 € par an et par bénéficiaire. (1) Le pilier sur implant n'est pas remboursé au titre du contrat. BR = base de remboursement de la sécurité sociale (reconstituée pour les actes non remboursés par la sécurité sociale).				

Article 2

Les dispositions de l'article 15.1 « Taux de cotisation » relatives au taux de cotisation des anciens salariés et bénéficiaires visés par l'article 13 sont remplacées comme suit : « la cotisation “frais de santé” pour les anciens salariés et bénéficiaires relevant du régime général de la sécurité sociale ou du régime local Alsace-Moselle visés par l'article 11.3 “Dispositions particulières concernant le maintien d'une garantie frais de santé”, est identique à celle des salariés en activité relevant du même régime pendant les 3 premières années suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant à l'issue de la période de portabilité des droits telle que mentionnée à l'article 14. »

Article 3

Formalités administratives

Il sera établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires et effectuer les formalités de dépôt.

Sous réserve, en application des dispositions transitoires de la loi n° 2008-789 du 20 août 2008, de l'absence d'opposition de la majorité en nombre des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche, le présent avenant fera l'objet de la procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2018.

Fait à Paris, le 11 septembre 2017.

(Suivent les signatures.)