

Brochure n° 3243

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

AVENANT N° 95 DU 12 DÉCEMBRE 2018
MODIFIANT L'AVENANT N° 62 DU 22 NOVEMBRE 2007
RELATIF À LA GARANTIE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1950276M
IDCC : 1504

Entre :
CNPEF ;
UNPE,

D'une part, et

FGTA FO ;
CSFV CFTC ;
FS CFDT ;
UNSA FCS ;
CFE-CGC Agro,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant d'une part, aménage, à effet du 1^{er} janvier 2019, les niveaux de prestations prévus par le régime maladie-chirurgie-maternité et révisé les dispositions relatives à l'action sociale.

Article 1^{er}

Prestations frais de santé

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.

Dans tous les cas les prestations sont limitées aux frais réellement engagés.

NATURE DES FRAIS	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
HOSPITALISATIONS CHIRURGICALES (ÉTABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVÉS) Honoraires (Chirurgiens, Anesthésistes & autres) Frais de séjour Chambre particulière (dès le 1 ^{er} jour mais limité à 60 jours par an et par bénéficiaire) Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) Forfait journalier hospitalier Transports (pour entrée et sortie d'hospitalisation)	200% BR (180% BR si praticien NON OPTAM ou NON OPTAM-CO) 200% BR 50€ / jour 25€ / jour 100% Frais réels 100% BR
HOSPITALISATIONS MÉDICALES (ÉTABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVÉS, Y COMPRIS MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE, COLONIES SANITAIRES ET SANATORIUMS) & MATERNITÉ Honoraires Frais de séjour Chambre particulière (dès le 1 ^{er} jour mais limité à 60 jours par an et par bénéficiaire en Médical, à 90 jours par an et par bénéficiaire en Service Psychiatrique, Maison de Retraite à Caractère Médicalisé et en Long Séjour et 8 jours par hospitalisation en Maternité) Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans) Forfait journalier hospitalier Transports (pour entrée et sortie d'hospitalisation) Naissance / Adoption ⁽¹⁾	200% BR (180% BR si praticien NON OPTAM ou NON OPTAM-CO) 200% BR 50€ / jour 25€ / jour 100% Frais réels 100% BR Indemnité forfaitaire égale à 150€ par enfant
SOINS MÉDICAUX (y compris Risque Maternité) Consultations, visites ou actes de généraliste ou de spécialiste Radiologie Analyses Biologiques Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...) Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale Transports (autres que pour hospitalisation) Actes de médecine alternative non remboursés par la Sécurité sociale (Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, Bilan nutritionnel)	200% BR (180% BR si praticien NON OPTAM ou NON OPTAM-CO) 100% BR 100% BR 100% BR 100% BR 100% BR 50€ par séance dans la limite de 3 séances par année civile et par bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	LIBELLÉ DE LA PRESTATION
OPTIQUE Lentilles remboursées par la Sécurité sociale Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale ou jetables Correction des troubles de la vision par chirurgie Équipement optique (forfaits versés en complément du Remboursement de la Sécurité sociale intégrant le remboursement additionnel du Régime locale Alsace Moselle). Limitation à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire. Toutefois en cas de changement de correction et pour les mineurs, la limite est ramenée à 1 an. Cette limite est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement. Monture Verre simple (*) Verre complexe (*) Verre hypercomplexe (*) Minimum de remboursement total par équipement : Équipement constitué de 2 verres simples Équipement constitué d'1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe Équipement constitué de 2 verres complexes ou hypercomplexes	100% BR + 150€ par an et par bénéficiaire 150€ par an et par bénéficiaire 400€ par oeil 100€ par monture 92€ par verre 135€ par verre 185€ par verre 100€ 150€ 200€
DENTAIRE Soins dentaires Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (En pourcentage de la base théorique de remboursement de la Sécurité sociale) Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Prothèses Inlay simple, Onlay Inlay Core et Inlay à Clavettes Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (En pourcentage de la base théorique de remboursement de la Sécurité sociale) couronne sur dents vivantes Implant dentaire (pilier implantaire et implant) Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste « prothèses dentaires »	100% BR 280% BR 280% BR 280% BR 250% BR 180% BR 280% BR 1000€ par implant dans la limite de 3 implant par an par assuré et par bénéficiaire
APPAREILLAGE Prothèses orthopédiques / Accessoires médicaux définis par la nomenclature de la Sécurité sociale Prothèses auditives	100% BR + 400€ par bénéficiaire 100% BR + 800€ par bénéficiaire
CURES THERMALES Honoraires de surveillance Frais d'établissement thermal Hébergement (nuitées), Frais de transport Le forfait indiqué est versé, 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, des prestations versées par la Sécurité sociale.	100% BR 100% BR 200€ par cure
ACTES DE PRÉVENTION Ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale (R.871-1 du Code de la Sécurité sociale) Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale Traitement nicotinique (en complément du forfait versé par la Sécurité sociale)	100% BR 50€ par an et par bénéficiaire 30€ par an et par bénéficiaire

⁽¹⁾ versement unique au mari ou à la femme si tous les deux travaillent dans la même entreprise.

Lexique

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

(*) DÉFINITION DES VERRES :

Verres simples : les verres simple foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4

Verres complexes : les verres simple foyer avec une sphère supérieure à -6 et +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs

Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques hors zone -4 à +4

Article 2

Action sociale

Il est intégré un article 9 « Action Sociale » dont les dispositions sont les suivantes :

Article 9

Action sociale

Article 9.1

Objet de l'action sociale

La commission paritaire de la branche définit l'orientation des actions de solidarité et de prévention.

Ces actions visent à préserver ou à améliorer collectivement ou individuellement la situation des salariés qui connaissent des difficultés, dans la limite des disponibilités du fonds.

Toute information se rapportant à l'action sociale sera communiquée aux salariés et aux bénéficiaires sur demande auprès de l'organisme assureur.

Article 9.2

Bénéficiaires du fonds de solidarité

Peuvent bénéficier du fonds de solidarité les salariés, les anciens salariés et leurs ayants droit couverts par le régime de frais de santé et de prévoyance.

Article 9.3

Financement du fonds de solidarité

Les actions sociales de solidarité et de prévention sont financées à travers la constitution d'un fonds de solidarité.

Article 9.4

Rôle de la commission paritaire

La commission paritaire est chargée annuellement de définir les orientations des actions de solidarité et de prévention.

Article 9.5

Gestion du fonds de solidarité

Les modalités de fonctionnement et d'alimentation sont prévues dans un règlement du fonds social.

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

Article 3

Entreprises de moins de 50 salariés

La situation des TPE/PME a été examinée dans le cadre de cette négociation. S'agissant d'un accord améliorant le régime de santé dont relève l'ensemble des entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés, il n'a pas été jugé utile et opportun de définir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Aussi, dans le cadre la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4

Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 5

Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2019.

Article 6

Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Rungis, le 12 décembre 2018.

(Suivent les signatures.)