

Brochure n° 3148

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 500. – COMMERCE DE GROS DE L'HABILLEMENT,**  
**DE LA MERCERIE, DE LA CHAUSSURE ET DU JOUET**

---

AVENANT N° 1 DU 29 JANVIER 2019  
À L'ACCORD DU 23 FÉVRIER 2016  
RELATIF À LA COUVERTURE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

NOR : ASET1950476M  
IDCC : 500

---

Entre :

FCJT,

D'une part, et

CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Les partenaires sociaux se sont réunis afin de mettre à jour les conditions de couverture prévues par l'accord du 23 février 2016 relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire.

Le présent avenant a pour objet l'augmentation du niveau de prise en charge de la garantie actes médicaux.

Les garanties et les cotisations du présent régime sont établies sur la base de la législation et de la réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet. Les garanties et les cotisations seront revues en cas de changement de ces textes.

**Article 1<sup>er</sup>**

*Champ d'application*

Le présent avenant s'applique à tous les salariés des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des entreprises de distribution en chaussures, jouets, textiles et mercerie (brochure *Journal officiel* n° 3148).

## Article 2

### Tableau de garanties

Garanties à effet du 1<sup>er</sup> avril 2019

Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale et/ou d'éventuels autres organismes complémentaires. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de travail/maladie professionnelle et maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

BASE		
POSTE	Niveaux d'indemnisation y compris les prestations de la sécurité sociale et/ou d'éventuels autres organismes complémentaires (*)	
	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)	150 % de la BR (médecins adhérents à un DPTM)	
Autres honoraires	100 % de la BR (médecins non adhérents à un DPTM)	
Chambre particulière (y compris maternité)	1 % du PMSS par jour	
Transport (remboursé SS)		
Transport	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	150 % de la BR (médecins adhérents à un DPTM) 150 % de la BR (médecins non adhérents à un DPTM)	
Spécialistes (consultations et visites)	200 % de la BR (médecins adhérents à un DPTM) 150 % de la BR (médecins non adhérents à un DPTM)	
Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	150 % de la BR (médecins adhérents à un DPTM) 150 % de la BR (médecins non adhérents à un DPTM)	
Actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI)	150 % de la BR (médecins adhérents à un DPTM) 150 % de la BR (médecins non adhérents à un DPTM)	
Auxiliaires médicaux	150 % de la BR	
Analyses	150 % de la BR	
Pharmacie (remboursée SS)		
Pharmacie	100 % de la BR	
Appareillages (remboursés SS)		
Prothèses auditives	100 % de la BR	
Orthopédie et autres prothèses médicales (hors appareillages dentaires et auditifs)	100 % de la BR	
Dentaire (remboursé SS)		
Soins dentaires (hors inlay simple, onlay)	100 % de la BR	
Inlay simple et onlay	100 % de la BR	
Prothèses dentaires	225 % de la BR	

Inlay Core et inlay à clavettes	225 % de la BR
Orthodontie	225 % de la BR
Dentaire (non remboursé SS)	
Prothèses dentaires <sup>(1)</sup>	225 % de la BR
Implants dentaires (sur la base de l'implant dentaire accepté par la sécurité sociale HBLD418) <sup>(2)</sup>	225 % de la BR
Optique	
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, 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 (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée <sup>(**)</sup> ).	
Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).	
Monture	RSS + forfait de 100
Verres	RSS + montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction du type de verre <sup>(3)</sup>
Lentilles acceptées par la SS	100 % de la BR
Médecines hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	45 € par acte limité à 2 actes par année civile
Actes de prévention (visés par l'arrêté du 8 juin 2006)	
Prise en charge des actes de prévention listés ci-après <sup>(4)</sup>	100 % de la BR

SS = sécurité sociale ; FR = frais réels ; BR = base de remboursement SS ; € = euro ; RSS = remboursement sécurité sociale ; PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale ;

DPTM = dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

- OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée ;
- OPTAM CO = option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

(\*) Dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

(\*\*) La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. 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'art. R. 165-1 du code SS. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(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).

(3) Grille optique :

ADULTE (> OU = 18 ANS) code LPP	UNIFOCAUX/MULTIFOCAUX	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	100
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	150
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	150

ADULTE (> OU = 18 ANS) code LPP	UNIFOCAUX/MULTIFOCAUX	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre < à 4	de – 6 à + 6	100
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction		< à – 6 et > à + 6	150
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de – 6 à + 6	150
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté		Multifocaux	Sphérique	de – 4 à + 4
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	Multifocaux forte correction	< à – 4 ou > à + 4		150
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	de – 8 à + 8	150
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	Multifocaux forte correction		< à – 8 ou > à + 8	150

ENFANT (<18 ANS) code LPP	UNIFOCAUX/MULTIFOCAUX	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	MONTANT EN € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	Unifocaux	Sphérique	de – 6 à + 6	100
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	150
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	150
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	Unifocaux		Cylindre < à 4	de – 6 à + 6
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction	< à – 6 et > à + 6		150
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de – 6 à + 6	150
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à – 6 et > à + 6	150
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté		Multifocaux	Sphérique	de – 4 à + 4
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	Multifocaux forte correction	< à – 4 ou > à + 4		150
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	Multifocaux	Tout cylindre	de – 8 à + 8	150
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	Multifocaux forte correction		< à – 8 ou > à + 8	150

(4) La liste prévue par l'arrêté du 8 juin 2006 comprend les prestations de prévention suivantes :

- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le 14<sup>e</sup> anniversaire.
- Détartrage annuel complet sur et sous gingival effectué en 2 séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
- Dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
  - Audiométrie tonale ou vocale ;
  - Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
  - Audiométrie vocale dans le bruit ;
  - Audiométrie tonale et vocale ;
  - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- a) Vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite quel que soit l'âge ;
- b) Vaccination de la coqueluche avant 14 ans ;
- c) Vaccination de l'hépatite B avant 14 ans ;
- d) Vaccination du BCG avant 6 ans ;
- e) Vaccination de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) Vaccination de l'*Haemophilus influenzae B* ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

### **Article 3**

#### *Date d'effet*

Le présent avenant entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2019.

### **Article 4**

#### *Dépôt*

Conformément aux articles L. 2231-6, L. 2231-7, D. 2331-2 et D. 2231-3 du code du travail, le texte du présent accord sera déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris et aux services centraux du ministre chargé du travail.

### **Article 5**

#### *Extension*

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Fait à Paris, le 29 janvier 2019.

(Suivent les signatures.)