

Brochure n° 3131

Convention collective nationale

IDCC : 1404. – **ENTREPRISES DE MAINTENANCE,
DISTRIBUTION ET LOCATION DE MATÉRIELS AGRICOLES,
DE TRAVAUX PUBLICS, DE BÂTIMENT, DE MANUTENTION,
DE MOTOCULTURE DE PLAISANCE
ET ACTIVITÉS CONNEXES, DITE SDLM**

AVENANT N° 4 DU 5 JUILLET 2019

À L'ACCORD DU 2 JUILLET 2015

RELATIF AUX REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1951064M

IDCC : 1404

Entre :

SEDIMA ;

DLR ;

FNAR,

D'une part, et

FM CFE-CGC ;

FGMM CFDT ;

FNSM CFTC ;

FCM FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux ont conclu le 2 juillet 2015 un accord collectif prévoyant des remboursements complémentaires de frais de santé.

Cet accord compte plusieurs annexes dont une annexe I définissant le niveau des garanties et une annexe II définissant les cotisations applicables.

Dans le cadre de leurs échanges postérieurs à la signature de cet accord, il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Évolution du niveau de certaines garanties

Le document annexé à la convention de gestion prévu à l'article 3.2 de l'accord, est modifié en conséquence.

Il en est de même de la notice d'information prévue par l'article 4 de l'accord destinée à être diffusée dans l'entreprise.

Conformément à l'article 9.3 de l'accord, l'organisme assureur informe les entreprises et les salariés de la modification apportée au niveau des garanties par le présent avenant.

Article 2

Évolution des cotisations

Pour la période du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2020, les cotisations applicables sont celles fixées en annexe.

Article 3

Dispositions finales

Le présent avenant est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il est conclu conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la nature et à la validité des conventions et accords collectifs. Compte tenu de son objet qui repose sur la mutualisation, il ne peut y avoir de modalités particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Dans les conditions prévues par ces mêmes dispositions, le présent avenant a été fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour être notifié à chacune des organisations représentatives afin de permettre le cas échéant l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi.

Le présent avenant est déposé au ministère du travail ainsi au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant au ministère en charge du travail.

Fait à Paris, le 5 juillet 2019.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

PRESTATIONS PRISES EN CHARGE

TABLEAU 1 – Prises en charge : Sécurité sociale + régime de branche

| Garanties y compris SS - y compris base pour les surcomplémentaires | BASE | SURCOMPLÉMENTAIRE 1 | SURCOMPLÉMENTAIRE 2 |
|---|--|--|--|
| HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (1) | | | |
| Forfait hospitalier (2) | 100 % du forfait fixé par arrêté ministériel | 100 % du forfait fixé par arrêté ministériel | 100 % du forfait fixé par arrêté ministériel |
| Honoraires chirurgicaux et médicaux dans le cadre des DPTM | 100 % BRSS | 130 % BRSS | 160 % BRSS |
| Honoraires chirurgicaux et médicaux hors cadre des DPTM | 100 % BRSS | 110 % BRSS | 140 % BRSS |
| Frais de séjour | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Chambre particulière | 30 € / jour | 40 € / jour | 50 € / jour |
| Chambre particulière ambulatoire | 25 € / jour | 35 € / jour | 45 € / jour |
| Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville) | 100 % de la participation forfaitaire | 100 % de la participation forfaitaire | 100 % de la participation forfaitaire |
| Frais d'accompagnement (3) | 25 € / jour | 25 € / jour | 25 € / jour |
| Frais de transport acceptés par la Sécurité sociale | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| SOINS COURANTS | | | |
| HONORAIRES MEDICAUX | | | |
| Consultations et visites généralistes * | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Consultations et visites spécialistes : | | | |
| - Consultation dans le cadre des DPTM * | 160 % BRSS | 160 % BRSS | 160 % BRSS |
| - Consultation hors cadre des DPTM * | 140 % BRSS | 140 % BRSS | 140 % BRSS |
| Radiologie dans le cadre des DPTM * | 100 % BRSS | 130 % BRSS | 160 % BRSS |
| Radiologie hors cadre des DPTM * | 100 % BRSS | 110 % BRSS | 140 % BRSS |
| Actes techniques médicaux dans le cadre des DPTM * | 100 % BRSS | 130 % BRSS | 160 % BRSS |
| Actes techniques médicaux hors le cadre des DPTM * | 100 % BRSS | 110 % BRSS | 140 % BRSS |
| HONORAIRES PARAMEDICAUX | | | |
| Auxiliaires médicaux | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Analyses médicales et examens de laboratoire | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Médicaments (remboursements Sécurité sociale de 15 %, 30 % ou 65 %) | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Matériel médical (appareillages et prothèses médicales remboursés par la SS) | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale | 15 € / an | 15 € / an | 15 € / an |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Acupuncture, chiropractie, ostéopathie | 25 € par séance dans la limite de 4 séances par an | 25 € par séance dans la limite de 4 séances par an | 25 € par séance dans la limite de 4 séances par an |
| AIDE AUDITIVE - un équipement par oreille tous les 4 ans - dans la limite des PLV | | | |
| Jusqu'au 31/12/2020 : Prothèses auditives | 225 € / an | 225 € / an | 225 € / an |
| À compter du 01/01/2021 : Équipement 100% santé ** - Prothèse auditive classe I *** | Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7) | | |
| Panier libre - Prothèse auditive classe II *** (Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale) - Bénéficiaire > 20 ans - Bénéficiaire ≤ 20 ans ou atteint de cécité **** | 400 € 1400 € | 400 € 1400 € | 400 € 1400 € |
| DENTAIRE (4) | | | |
| Soins et prothèses 100% santé ** | Aucun reste à payer dans la limite des honoraires limite de facturation (6) | | |
| Soins | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Panier maîtrisé (dans la limite des HLF) / Panier libre | 350 % BRSS | 425 % BRSS | 500 % BRSS |
| Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale | 250 % BRSS | 250 % BRSS | 250 % BRSS |
| Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale | 400 € / an | 400 € / an | 400 € / an |
| Inlays/onlays | 150 % BRSS | 200 % BRSS | 200 % BRSS |
| Implants | 400 € / an | 400 € / an | 500 € / an |
| OPTIQUE - pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales | | | |
| Équipements 100% santé ** Lunettes (monture + 2 verres) de classe A | Aucun reste à payer dans la limite des prix limite de vente (7) | | |
| Équipements libres Lunettes (monture + 2 verres) de classe B Verres Par monture de lunettes | cf. grille optique 100 € | cf. grille optique 100 € | cf. grille optique 100 € |
| Lentilles acceptées ou non par la Sécurité sociale (5) | 150 € / an | 150 € / an | 150 € / an |
| Opération de l'œil (par an et par bénéficiaire) | 150 € / an | 150 € / an | 150 € / an |

| ACTES DE PRÉVENTION | | | |
|---|---|---|---|
| Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la Sécurité Sociale | 100 % BRSS | 100 % BRSS | 100 % BRSS |
| GRILLES OPTIQUES (remboursement par verre) | | | |
| Verre simple foyer - SPH de - 6 à + 6 - SPH < à -6 ou > à + 6 | 75 € 80 € | 100 € 100 € | 125 € 125 € |
| Verre simple foyer, sphéro-cylindrique - SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4 - SPH > 0 et S ≤ + 6 - SPH > 0 et S > + 6 - SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 - SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 80 € 85 € 95 € 90 € 100 € | 100 € 100 € 100 € 100 € 100 € | 150 € 150 € 150 € 175 € 175 € |
| Verre multi-focaux ou progressif sphérique - SPH de - 4 à + 4 - SPH < à -4 ou > à + 4 | 125 € 150 € | 190 € 190 € | 210 € 210 € |
| Verre multi-focaux ou progressif sphéro-cylindrique - SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 - SPH > 0 et S ≤ + 8 - SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 - SPH > 0 et S > + 8 - SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25 | 165 € 165 € 175 € 175 € 175 € | 200 € 200 € 200 € 200 € 200 € | 250 € 250 € 250 € 250 € 250 € |
| BR : Base de remboursement SS : Sécurité Sociale FR : Frais réels BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale DPTM : Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée incluent l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs. (*) chirurgie dite de confort non remboursée par la SS | | | |

SPH = sphère
CYL = cylindre (+)
S = SPH + CYL

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(5) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales

TABLEAU 2 – Grille des garanties optiques

| Verres | Avec/Sans Cylindre | SPH = sphère | | Régime de base | Surcomplémentaire 1 | Surcomplémentaire 2 |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------|--|----------------|---------------------|---------------------|
| | | CYL = cylindre (+) | | | | |
| | | S = SPH + CYL | | | | |
| UNIFOCAUX | Sphériques | SPH de – 6 à + 6 (*) | | 75 € | 100 € | 125 € |
| | | SPH < à -6 ou > à + 6 | | 80 € | 100 € | 125 € |
| | Sphéro cylindriques | SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4 | | 80 € | 100 € | 150 € |
| | | SPH > 0 et S ≤ + 6 | | 85 € | 100 € | 150 € |
| | | SPH > 0 et S > + 6 | | 95 € | 100 € | 150 € |
| | | SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 | | 90 € | 100 € | 175 € |
| | | SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4 | | 100 € | 100 € | 175 € |
| PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX | Sphériques | SPH de – 4 à + 4 | | 125 € | 190 € | 210 € |
| | | SPH < à -4 ou > à + 4 | | 150 € | 190 € | 210 € |
| | Sphéro cylindriques | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | | 165 € | 200 € | 250 € |
| | | SPH > 0 et S ≤ + 8 | | 165 € | 200 € | 250 € |
| | | SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4 | | 175 € | 200 € | 250 € |
| | | SPH > 0 et S > + 8 | | 175 € | 200 € | 250 € |
| | | SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25 | | 175 € | 200 € | 250 € |

ANNEXE II
COTISATIONS MENSUELLES

1. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise décide de couvrir le salarié seul

| Couverture obligatoire du salarié seul | REGIME GENERAL | | | ALSACE MOSELLE | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Base obligatoire | Surcomp. 1 | Surcomp. 2 | Base obligatoire | Surcomp. 1 | Surcomp. 2 |
| | 41,44 € ⁽¹⁾ | 44,67 € ⁽²⁾ | 47,96 € ⁽³⁾ | 29,01 € ⁽⁴⁾ | 31,27 € ⁽⁵⁾ | 33,57 € ⁽⁶⁾ |
| EXTENSION FACULTATIVE AYANTS DROIT A L'INITIATIVE DU SALARIE | | | | | | |
| Couverture du conjoint | ⁽¹⁾ +51,47 € 92,91€ | ⁽²⁾ +55,20 € 99,87€ | ⁽³⁾ +59,00 € 106,96€ | ⁽⁴⁾ +36,03 € 65,04€ | ⁽⁵⁾ +38,64 € 69,91€ | ⁽⁶⁾ +41,30€ 74,87€ |
| Couverture d'un enfant* | ⁽¹⁾ +29,31 € 70,75€ | ⁽²⁾ +29,77 € 74,44€ | ⁽³⁾ +30,22 € 78,18€ | ⁽⁴⁾ +20,52 € 49,53€ | ⁽⁵⁾ +20,84 € 52,11€ | ⁽⁶⁾ +21,16 € 54,73€ |
| *gratuit à partir du 3ème enfant | | | | | | |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» et «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE | | | | | | |
| Couverture du salarié seul (si l'employeur ne met en place que la couverture de base obligatoire) | ⁽¹⁾ +3,45 € 44,89€ | ⁽¹⁾ +6,97 € 48,41€ | | | ⁽⁴⁾ +2,42 € 31,43€ | ⁽⁴⁾ +4,88 € 33,89€ |
| Couverture du salarié seul (si l'employeur met en place la couverture surcomp. 1) | | ⁽²⁾ +3,74 € 48,41€ | | | | ⁽⁵⁾ +2,62 € 33,89€ |

Les modalités de répartition des prises en charge entre l'employeur et le salarié figurent à l'article 5 de l'accord

1. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise couvre à titre obligatoire le salarié et ses ayants droit

| COUVERTURE OBLIGATOIRE | REGIME GENERAL | | ALSACE MOSELLE | |
|------------------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Base | Surcomp. 1 | Base | Surcomp. 1 |
| Couverture du salarié | 41,44 € (1) | 44,67 € (2) | 29,01 € (10) | 31,27 € (11) |
| Couverture du conjoint | 43,51 € (4) | 46,74 € (5) | 30,46 € (13) | 32,72 € (14) |
| Couverture d'un enfant | 27,14 € (7) | 27,54 € (8) | 19,00 € (16) | 19,28 € (17) |
| | | | | 33,57 € (12) |
| | | | | 35,02 € (15) |
| | | | | 19,55 € (18) |

| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» A L'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) | | | | |
|--|----------------------|--|-----------------------|--|
| Couverture du salarié seul | (1)+3,45 € 44,89€ | | (10)+2,42 € 31,43€ | |
| Couverture du conjoint | (4)+3,73 € 47,24€ | | (13)+2,61 € 33,07€ | |
| Couverture d'un enfant | (7)+0,46 € 27,60€ | | (16)+0,32 € 19,32€ | |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) | | | | |
| Couverture du salarié seul | (1)+6,97 € 48,41€ | | (10)+4,88 € 33,89€ | |
| Couverture du conjoint | (4)+7,53 € 51,04€ | | (13)+5,27 € 35,73€ | |
| Couverture d'un enfant | (7)+0,91 € 28,05€ | | (16)+0,64 € 19,64€ | |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la surcomplémentaire 1 à titre obligatoire) | | | | |
| Couverture du salarié seul | (2)+3,74 € 48,41€ | | (11)+2,62 € 33,89€ | |
| Couverture du conjoint | (5)+4,30 € 51,04€ | | (14)+3,01 € 35,73€ | |
| Couverture d'un enfant | (8)+0,51 € 28,05€ | | (17)+0,36 € 19,64€ | |
| *gratuit à partir du 3ème enfant | | | | |

2. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise choisit à titre obligatoire un tarif unique famille

| Couverture obligatoire Tarif unique famille | REGIME GENERAL | | | ALSACE MOSELLE | | |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | Base | Surcomp. 1 | Surcomp 2 | Base | Surcomp. 1 | Surcomp. 2 |
| | 85,71 € ⁽¹⁾ | 90,56 € ⁽²⁾ | 95,47 € ⁽³⁾ | 60,00 € ⁽⁴⁾ | 63,40 € ⁽⁵⁾ | 66,83 € ⁽⁶⁾ |

| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» A L'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|
| FAMILLE | | ⁽¹⁾ +5,00 € 90,71€ | | | ⁽⁴⁾ +3,50 € 63,50€ | |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) | | | | | | |
| FAMILLE | | | ⁽¹⁾ +10,05 € 95,76€ | | | ⁽⁴⁾ +7,04 € 67,04€ |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A L'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture surcomplémentaire 1 à titre obligatoire) | | | | | | |
| FAMILLE | | | ⁽²⁾ +5,20 € 95,76€ | | | ⁽⁵⁾ +3,64 € 67,04€ |

3. Cotisations totales applicables si l'entreprise choisit à titre obligatoire un tarif unique famille au sens Sécurité sociale

| Couverture obligatoire FAMILLE au sens de la Sécurité Sociale | REGIME GENERAL | | | ALSACE MOSELLE | | |
|---|----------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| | Base | Surcomp. 1 | Surcomp. 2 | Base | Surcomp. 1 | Surcomp. 2 |
| | 74,84 € (1) | 78,83 € (2) | 82,89 € (3) | 52,39 € (4) | 55,18 € (5) | 58,03 € (6) |

| | | | | | | |
|--|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|
| EXTENSION FACULTATIVE «CONJOINT» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit de couvrir la famille au sens SS à titre obligatoire) | | | | | | |
| CONJOINT (en sus de la cotisation famille SS) | (1)+ 51,47 € 126,31€ | (2)+55,20 € 134,03€ | (3)+59,00 € 141,89€ | (4)+ 36,03 € 88,42€ | (5)+38,64 € 93,82€ | (6)+41,30€ 99,33€ |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 1» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) | | | | | | |
| FAMILLE au sens SS | | (1)+4,11 € 78,95€ | | | (4)+2,88 € 55,27€ | |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) | | | | | | |
| FAMILLE au sens SS | | | (1)+8,29 € 83,13€ | | | (4)+5,80 € 58,19€ |
| EXTENSION FACULTATIVE «SURCOMPLEMENTAIRE 2» A l'INITIATIVE DU SALARIE (si l'employeur choisit la couverture surcomplémentaire 1 à titre obligatoire) | | | | | | |
| FAMILLE au sens SS | | | (2)+4,30 € 83,13€ | | | (5)+3,01 € 58,19€ |