

Brochure n° 3155 | Convention collective nationale

IDCC : 1411 | **AMEUBLEMENT**
(Fabrication)

Avenant n° 1 du 19 octobre 2019

à l'accord du 14 avril 2015 relatif au régime complémentaire frais de santé

NOR : ASET2050067M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UNIFA ;

UNAMA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

BATIMAT-TP CFTC ;

FNSCB CFDT ;

FIBOPA CFE-CGC ;

FNSCBA CGT ;

FG FO construction,

d'autre part,

Préambule

Dans le cadre de la réforme « 100 % santé », les dispositions relatives aux contrats dits « responsables » telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, et à leurs décrets d'application, évoluent.

Les partenaires sociaux de la branche de la fabrication de l'ameublement conviennent d'adapter les stipulations de l'accord du 14 avril 2015 relatif au régime complémentaire frais de santé de la fabrication de l'ameublement afin de les mettre conformité aux dispositions relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence, il a été conclu ce qui suit :

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises définies par l'article 1^{er} de l'accord national du 14 janvier 1986 sur le champ d'application des accords nationaux de la fabrication de l'ameublement et à toutes les activités qui entreraient dans le champ conventionnel de la fabrication de l'ameublement postérieurement à la signature de cet accord.

Dans le cadre de la demande d'extension du présent accord 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 2 | Modification de l'article 5 « Garanties du régime conventionnel »

L'article 5 de l'accord du 14 avril 2015 relatif au régime complémentaire frais de santé est modifié comme suit :

« L'article 5 | Garanties du régime conventionnel

Les prestations ci-dessous s'entendent « y compris les prestations versées par le régime obligatoire (RO) », c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire (RO).

Seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge à l'exception de la chambre particulière et de la médecine douce.

Les garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Garanties de base obligatoires

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	100 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	170 % BR	150 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	30 € par jour	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	100 % BR	100 % BR
- Actes techniques médicaux	100 % BR	100 % BR
- Actes d'imagerie médicale	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	100 % BR	
AIDES AUDITIVES		
<i>Le renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.</i>		
Equipement « 100 % SANTE » *	 A compter du 01/01/2021 : 100 % FR *	
Equipement Hors « 100 % SANTE » - Tarif libre *	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BR A compter du 01/01/2021 : Hors « 100 % SANTE » - Tarif Libre : 100 % BR, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR	

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS GARANTIES DE BASE OBLIGATOIRES	
OPTIQUE		
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.</i>		
Équipement « 100 % SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100 % FR *
Équipement Hors « 100 % SANTE » - Tarif libre *		100 € par monture
- Monture :		
- Verres :		
Par verre simple		80 €
Par verre complexe		100 €
Par verre hypercomplexe		100 €
- Prestations d'adaptation		4 €
Lentilles correctrices		
- Remboursées par le RO		100 % BR + 100 € par an et par bénéficiaire
Matériel médical optique		100 % BR
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100 % SANTE » * :		100 % FR *
Soins Hors « 100 % SANTE » *		
- Soins dentaires		100 % BR
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre		125 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100 % SANTE » *		
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre		250 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre		250 % BR
Orthodontie		
- Remboursée par le RO		150 % BR
AUTRES GARANTIES		
Transport		100 % BR
Cure thermique		
- Remboursée par le RO		
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)		100 % BR
Frais de transport et Frais d'hébergement à l'exclusion des frais de repas		100 % BR
Médecine douce		
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur		23 € par séance, limité à 1 séance par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)		100 % BR

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

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.

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100 % Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100 % Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100 % Santé ».

Les verres « simples » sont :

- les verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Les verres « complexes » sont :

- les verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- les verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries .

Les verres « hyper complexes » sont :

- les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Article 3 | Modification de l'article 6 « Caractère responsable du contrat »

L'article 6 de l'accord du 14 avril 2015 relatif au régime complémentaire frais de santé est modifié comme suit :

« Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le salarié, en complétant, acte par acte, les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" tel que défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets et arrêtés d'application.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables". »

Article 4 | Date d'application et demande d'extension

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Le présent avenant entre en application le 1^{er} janvier 2020. Il modifie, autant que de besoin, l'accord auquel il s'intègre.

Son extension sera demandée par la partie patronale au nom des signataires.

Fait à Paris, le 19 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)