

Brochure n° 3286 | Convention collective nationale

**IDCC : 1982 | NÉGOCE ET PRESTATIONS DE SERVICES
DANS LES DOMAINES MÉDICO-TECHNIQUES**

Avenant n° 2 du 19 septembre 2019
à l'accord du 2 décembre 2015
relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé

NOR : ASET2050135M

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

UNPDM ;

FEDEPSAD,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

FS CFDT ;

UNSA FCS ;

CFTC SANTE SOCIAUX,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation ont souhaité faire évoluer les garanties du régime frais de santé mis en place dans la branche par l'accord du 2 décembre 2015 afin de prendre en compte l'évolution des textes applicables en matière de contrats responsables.

En effet, les modifications apportées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret du 11 janvier 2019 nécessitent de modifier les garanties proposées par le régime professionnel afin de le mettre en conformité au 1^{er} janvier 2020.

Ces modifications intégrant les dispositions obligatoires du 100 % santé permettront au régime de continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux réservés aux contrats responsables.

Les garanties sont modifiées conformément aux tableaux figurant à l'article 1^{er} qui remplace les précédentes listes de prestations.

Article 1^{er} | Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé

L'article 4.1.1 « Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé » de l'accord du 2 décembre 2015 relatif au régime professionnel de santé est modifié comme suit :

« Article 4.1.1 | Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé

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

		BASE OBLIGATOIRE DU REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
HOSPITALISATION			
(EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, ET DE MATERNITE)			
Frais de séjour conventionnés ou non :		150% BR	300% BR
Forfait journalier hospitalier (y compris actes lourds) :		100% FR	100% FR
Honoraires (conventionnés ou non) :	Facturés par un médecin dans le cadre des DPTM*	150% BR	300% BR
	Facturés par un médecin hors DPTM*	130% BR	200% BR
Chambre particulière :		80€/jour	80€/jour
Lit accompagnant :		32€/jour	32€/jour
TRANSPORT			
Transport remboursé par la sécurité sociale :		100% BR	100% BR
SOINS COURANTS			
Médecins (consultations et visites) selon honoraires remboursés par la sécurité sociale	Facturés par un médecin dans le cadre des DPTM*	150% BR	200 %BR
	Facturés par un médecin hors DPTM*	125% BR	150 %BR
Actes techniques médicaux (ATM) remboursés par la sécurité sociale	Facturés par un praticien dans le cadre des DPTM*	150% BR	200 %BR
	Facturés par un praticien hors DPTM*	125% BR	150 %BR
Radiologie, Imagerie Médicale, Echographie remboursées par la sécurité sociale	Facturés par un praticien dans le cadre des DPTM*	150% BR	200 %BR
	Facturés par un praticien hors DPTM*	125% BR	150 %BR
Auxiliaires médicaux selon honoraires remboursés par la sécurité sociale		150% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire remboursés par la sécurité sociale :		100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la sécurité sociale à 65% :		100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la sécurité sociale à 30% :		100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la sécurité sociale à 15% :		100% BR	100% BR
Autre pharmacie remboursée par la sécurité sociale à 65% :		100% BR	100% BR
Autre pharmacie remboursée par la sécurité sociale à 30% :		100% BR	100% BR

Autre pharmacie remboursée par la sécurité sociale à 15% :	100% BR	100% BR
Prothèses médicales orthopédiques et autres (hors prothèses auditives, dentaires et d'optique) remboursées par la sécurité sociale	200% BR	200% BR
Actes de prévention remboursés par la sécurité sociale définis par la réglementation	100% BR	100% BR

* : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale

FR : Frais réels

	BASE OBLIGATOIRE DU REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
AIDES AUDITIVES		
SOINS JUSQU'AU 31/12/2020 :		
Prothèses auditives remboursés par la sécurité sociale :	200% BR	500% BR
Le poste ci-dessus est remplacé par les postes de garantie ci-dessous, lesquels s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 1er janvier 2021.		
SOINS A PARTIR DU 01/01/2021 :		
Equipements 100% Santé * :		
Aides auditives de Classe I :	Sans reste à payer (1)	
Equipements libres (2) :		
Aides auditives de Classe II :		
Bénéficiaire jusqu'à 21 ans ou atteint de cécité	200% BR (1)	500% BR (1)
Bénéficiaire de 21 ans et au-delà	200% BR (1)	500% BR (1)
Piles remboursées par la sécurité sociale (3)	100% BR	100% BR
<p>(*) Equipements de classe I tels que définis réglementairement.</p> <p>(1) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans.</p> <p>(2) Equipements de classe II tels que définis réglementairement.</p> <p>S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur à la date des soins, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation.</p> <p>(3) La garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets de 6 piles, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.</p>		

	BASE OBLIGATOIRE DU REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
DENTAIRE		
Soins et prothèses 100% Santé * :		
Garanties définies réglementairement (*) :	Sans reste à payer	
Soins dentaires	125% BR	125% BR
Prothèses :		
→ Panier maîtrisé (1)		
Inlays, Onlays	250% BR dans la limite des HLF**	350% BR dans la limite des HLF**
Prothèses dentaires	250% BR dans la limite des HLF**	350% BR dans la limite des HLF**
→ Panier libre (2)		
Inlays, Onlays	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires	250% BR	350% BR
Autres actes dentaires remboursés par la sécurité sociale :		
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	250% BR	350% BR
Autres actes dentaires non remboursés par la sécurité sociale :		
Implants refusés par la sécurité sociale	-	508 €
<p>* Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.</p> <p>** Honoraires Limites de Facturation</p> <p>(1) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.</p> <p>(2) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.</p>		

	BASE OBLIGATOIRE DU REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
OPTIQUE		
Equipements 100% Santé*		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (1)	Sans reste à payer	
Verre de classe A (quel que soit l'âge) (1)		
Equipements libres (2)(3)		
Monture de classe B (1)	100 €	100 €
Verre Simple de Classe B (1)	78 €	110 €
Verre Complexe de Classe B (1)	127 €	189 €
Verre Très Complexe de Classe B (1)	168 €	268 €
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées ou non par la SS (forfait par an)	159 €	222 €
Chirurgie réfractive (pour les deux yeux et par an)	254 €	381 €

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A et B prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(1) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;

- diplopie récente ou évolutive ;
 - les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
- La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

(2) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(3) DEFINITION DES VERRE SIMPLE / COMPLEXE / TRES COMPLEXE (article R 871-2 modifié du Code de la sécurité sociale):

- Verre Simple :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;

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 ;

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère+cylindre) est inférieure ou égale à +6,00 dioptries.

- Verres Complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries

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

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

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à +6,00 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à +8,00 dioptries.

- Verres Très Complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

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

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

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8 dioptries.

	BASE OBLIGATOIRE DU REGIME PROFESSIONNEL DE SANTE	OPTION (sous déduction de la base obligatoire)
AUTRES		
Actes hors nomenclature :		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, sevrage tabagique, moyens contraceptifs et vaccins prescrits mais non remboursés par la SS (par personne	100% de la dépense dans la limite d'un forfait de 60€ par an	100% de la dépense dans la limite d'un forfait de 120€ par an
Autres actes :		
Forfait maternité / adoption	317 €	476 €
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale	100% BR	317 €

Les remboursements sont limités aux dépenses engagées. Ils sont effectués dans le respect des contrats responsables notamment pour la prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la sécurité sociale ainsi qu'en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 2 | *Durée de l'accord*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 3 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Il est également convenu de solliciter l'extension de l'accord.

Article 4 | *Notification. Dépôt. Extension*

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 19 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)