

Brochure n° 3157 | Convention collective nationale

IDCC : 2528 | **INDUSTRIES DE LA MAROQUINERIE, ARTICLES DE VOYAGE,
CHASSE-SELLERIE, GAINERIE, BRACELETS EN CUIR**

Avenant du 14 octobre 2019

à l'accord du 7 avril 2015 relatif aux frais de santé

NOR : ASET2050149M

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

FFM,

D'une part, et

FS CFTD ;

FNP FO ;

CMTE CFTC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Un accord a été conclu sur les frais de santé le 7 avril 2015.

Il définit les conditions de mise en œuvre d'une couverture collective obligatoire en matière de frais de santé répondant aux obligations relatives au « contrat responsable ».

Afin de tenir compte de l'évolution de la réglementation, les garanties inscrites à l'article 3 de cet accord, sont remplacées par le tableau annexé au présent accord.

En conséquence, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

L'article 3 de l'accord est désormais ainsi rédigé :

« Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord, doivent proposer à leurs salariés en remboursement complémentaire à la sécurité sociale les garanties indiquées en annexe qui fait partie de l'accord. »

Article 2

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2020 sous réserve de l'exercice du droit d'opposition défini par la loi.

Pour les entreprises non adhérentes à la FFM, il s'appliquera à compter de la parution au *Journal officiel* de l'arrêté ministériel d'extension.

Article 3

Compte tenu de l'objet de l'accord collectif, il n'y a pas lieu de prévoir de modalités particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4

Le présent avenant est édité en 10 exemplaires originaux pour remise à chaque organisation syndicale et dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail.

Conformément aux dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale, les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 14 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe Garanties

CCN Maroquinerie
Effet 01/01/2020
TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

		BASE conventionnelle
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	Frais de séjour	TM
	Honoraires	TM
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE
DENTAIRE auprès d'un professionnel	Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité	2% PMSS / jour 2% PMSS / jour
	Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à payer (7)
	Soins	TM TM + 25% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé	TM + 120% BR
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Orthodontie (4)	TM + 25% BR
	Équipement 100 % Santé** (classe A) y compris examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (8)
	Équipement autre que 100 % Santé****	55 € 120 € 120 € 30 €
	Lentilles	TM
AIDES AUDITIVES par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	TM
	À compter du 01/01/2021 :	sans reste à payer (8)
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Par bénéficiaire
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Accessoires et fournitures	TM
	Honoraires médicaux	TM
	Consultation / visite / consultation en ligne	TM
	chez un généraliste	TM
	chez un spécialiste	TM
	Actes techniques médicaux	TM
	Actes d'imagerie médicale	TM
	Honoraires paramédicaux	TM
	Analyses et examens de laboratoire	TM
	Matériel médical	TM
	Frais de transport sanitaire	TM
	Médicaments	TM
	Médicaments remboursés à 65%	TM
	Médicaments remboursés à 30%	TM
	Médicaments remboursés à 15%	TM
	Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM
	Actes de prévention du contrat responsable	TM

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRP = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* 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.

**** Les remboursements s'entendent Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire.

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

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

(3) 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) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

(6) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

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

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