

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° 2 du 19 novembre 2019
à l'accord du 23 février 2016
relatif à l'instauration d'une couverture santé complémentaire

NOR : ASET2050293M

IDCC : 500

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

FCJT,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC ;

CSFV CFTC ;

FS CFTD,

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 la mise en conformité du régime frais de santé complémentaire conformément :

- à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables, réforme dite « 100 % santé » ;
- au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétique dentaires ;
- au décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;
- aux instructions DSS du 29 mai 2019 et 4 juin 2019 précisant le cahier des charges du contrat responsable.

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^{er} | 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 n° 3148).

Article 2 | Tableau de garanties

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux de garanties 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.

hospitalisation			
Nature des frais		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité		Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150 % BR 100 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		1% PMSS / jour	

TRANSPORT	
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100 % BR

SOINS COURANTS		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :		
► Remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	150 % BR
	Non adhérents DPTM :	120 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	200 % BR
	Non adhérents DPTM :	120 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	150 % BR
	Non adhérents DPTM :	120 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	150 % BR
	Non adhérents DPTM :	120 % BR
► Non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	45 € par acte limité à 2 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	150 % BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	150 % BR	
Médicaments :		
► Remboursés SS	100 % BR	
Pharmacie (hors médicaments) :		
► Remboursée SS	100 % BR	

Matériel médical	
Orthopédie et autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR

AIDES AUDITIVES		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	100 %BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 %BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**) :		
Aides auditives remboursées SS	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Equipements libres (****) :		
Aides auditives remboursées SS	100 % BR (***)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

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 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 (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

dentaire		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	100 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	225 % BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	100 % BR	
Inlay core	225 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	225 % BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	225 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	225 % BR	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	225 % BR (sur la base de l'implant dentaire accepté par la SS HBLD418)	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
Nature des frais	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100 % BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale, 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 est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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'œil 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.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) 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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	100 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	150 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	100 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	100 €	
		SPH > 0 et S > + 6	150 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150€	
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	150 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	150 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €	
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €	
		SPH > 0 et S > + 8	150 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	150 €	

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la sécurité sociale.

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

CCAM : Classification commune des actes médicaux

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale

RSS : Remboursement sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

MESURES D' ACTIONS INDIVIDUELLES

AU PROFIT DES SALARIES / ANCIENS SALARIES ASSURÉS AU CONTRAT DE FRAIS DE SANTÉ

(Leurs AYANTS - DROIT SI COUVERTS AU TITRE DUDIT CONTRAT)

et ouvrant droit au bénéfice des garanties du contrat

PROGRAMME	NATURE DES ACTIONS A COMPTER DU 01.04.2019
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie.</p> <p>Promotion des consultations de prévention à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie "M'T Dents" (1). Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont prises en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire » sous réserve que la garantie soit souscrite au contrat Frais de santé.</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.</p> <p>(1) à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.</p>
Cancers : traitement et prévention de leurs récides	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opéatoire, d'un cancer	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM).</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).</p>
Prévention des récides de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récides après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p>
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.

Article 4 | Stipulations spécifiques à destination des entreprises de moins de 50 salariés

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire santé dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

Article 5 | Cotisations

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.
Le montant de la cotisation sera revu par les parties en fonction des résultats du régime.

Article 6 | Date d'effet

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article 7 | 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 ministère chargé du travail.

Article 8 | 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 19 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)