

Brochure n° 3363 | Convention collective nationale

IDCC : 2785 | **SOCIÉTÉS DE VENTES VOLONTAIRES DE MEUBLES AUX ENCHÈRES PUBLIQUES ET DES OFFICES DE COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES**

Avenant n° 2 du 15 octobre 2019

à l'accord du 28 septembre 2015 relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2050579M

IDCC : 2785

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

SYMEV ;

CNCPJ ;

SNCPJ,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

FSE CGT ;

SPCPSVV CFE-CGC ;

FESSAD UNSA,

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 28 septembre 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 au tableau figurant à l'article 1^{er} qui remplace le précédent tableau de garantie.

Article 1^{er} | Tableau des garanties

L'article 5 de l'accord du 28 septembre 2015 relatif à la définition des garanties du régime frais de santé est modifié comme suit :

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

| | | | REGIME DE BASE | OPTION 1 les prestations s'entendent y compris celles du régime de base | OPTION 2 les prestations s'entendent y compris celles du régime de base |
|---|--|---|--|--|--|
| HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non | Frais de séjour | En établissement conventionné ou non conventionné | 100% BR | 200% BR | 250% BR |
| | Honoraires | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 150% BR | 200% BR | 250% BR |
| | | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 130% BR | 180% BR | 200% BR |
| | | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné | 100% BR | 180% BR | 200% BR |
| | Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale | | 100 % DE sans limitation de durée | 100 % DE sans limitation de durée | 100 % DE sans limitation de durée |
| | Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale | y compris maternité - par jour ou par nuitée | 30 € | 60 € | 80 € |
| | Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale | Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par nuitée | 30 € | 45 € | 60 € |
| DENTAIRE | Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques | | 100 % DE | 100 % DE | 100 % DE |
| | Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance) | Par enfant | Pas de prise en charge | 100 € | 150 € |
| | Soins et prothèses 100 % Santé** | À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire. | sans reste à payer (5) | sans reste à payer (5) | sans reste à payer (5) |
| | Soins | Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie | 100% BR | 120% BR | 150% BR |
| | | Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale | 100% BR | 120% BR | 150% BR |
| | Prothèses autres que 100 % Santé | Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation) | 125% BR | 200% BR | 300% BR |
| | | Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation) | 125% BR | 200% BR | 300% BR |
| | | Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - par acte, dans la limite de 3 actes / an / bénéficiaire. La liste des prothèses non remboursées est définie aux conditions générales. | 134,40 € | 215,00 € | 322,50 € |
| OPTIQUE (7) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales) | Implant | Par an et par bénéficiaire | Pas de prise en charge | 150 € | 300 € |
| | Orthodontie | Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire | 125% BR | 200% BR | 250% BR |
| | | Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres | Pas de prise en charge | Pas de prise en charge | 200% BR reconstituée |
| | Équipement 100 % Santé** (classe A***) Équipement autre que 100 % Santé (classe B***) (8) | y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A) | sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) | sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) | sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) sans reste à payer (6) |
| | | par verre simple - par bénéficiaire ***** | 50 € | 50 € | 100 € |
| | | par verre complexe - par bénéficiaire ***** | 60 € | 75 € | 145 € |
| | | par verre très complexe - par bénéficiaire ***** | 60 € | 75 € | 145 € |
| | | par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans ***** | 100 € | 100 € | 100 € |
| | | par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans ***** | 80 € | 100 € | 100 € |
| | Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B | Définies dans les CG | 100% BR dans la limite des PLV | 100% BR dans la limite des PLV | 100% BR dans la limite des PLV |
| | Lentilles | Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire | 100 % BR + 100 € | 100 % BR + 150 € | 100 % BR + 200 € |
| | | Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire | 100 € | 150 € | 200 € |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille | Jusqu'au 31/12/2020 : | Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| | À compter du 01/01/2021 : | Renouvellement par appareil tous les 4 ans | | | |
| | Équipement 100 % Santé** (classe I****) | | sans reste à payer (6) | sans reste à payer (6) | sans reste à payer (6) |
| | Équipement autre que 100 % Santé (classe II****) | Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité***** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans | 122 % BR 150 % BR | 122 % BR 200 % BR | 122 % BR 250 % BR |
| | Accessoires et fournitures | | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non | Honoraires médicaux | | | | |
| | Consultation / visite / consultation en ligne | | | | |
| | chez un généraliste | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR 100 % BR | 120 % BR 100 % BR | 150 % BR 130 % BR |
| | chez un spécialiste | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 120 % BR 100 % BR | 200 % BR 180 % BR | 250 % BR 200 % BR |
| | Actes techniques médicaux | | | | |
| | | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 120 % BR 100 % BR | 120 % BR 100 % BR | 150 % BR 130 % BR |
| | Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques | | 100 % DE | 100 % DE | 100 % DE |
| | Actes d'imagerie médicale | | | | |
| | | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR 100 % BR | 120 % BR 100 % BR | 150 % BR 130 % BR |
| | Honoraires paramédicaux | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| | Analyses et examens de laboratoire | | 100 % BR | 120 % BR | 150 % BR |
| | Matériel médical | | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR |
| | Frais de transport sanitaire | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| | Cures thermales | | | | |
| | | Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel - pour les cures prises en charge par la Sécurité sociale | 100 % BR Pas de prise en charge | 100 % BR 150 € | 100 % BR 200 € |
| | Médicaments | | | | |
| | | Médicaments remboursés à 65% Médicaments remboursés à 30% Médicaments remboursés à 15% Contraception non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire | 100 % BR 100 % BR 100 % BR 15 € Pas de prise en charge | 100 % BR 100 % BR 100 % BR 15 € 20 € | 100 % BR 100 % BR 100 % BR 30 € 40 € |
| | Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale | | 15 € | 20 € | 30 € |
| | Actes de prévention remboursés par la Sécurité Sociale | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |

| | | | | |
|----------|--------------|---------|---------|---------|
| SERVICES | Assistance | Incluse | Incluse | Incluse |
| | Tiers-Payant | Prévu | Prévu | Prévu |

BR = Base de 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).

(Voir page suivante.)

* **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 maximums fixés.

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

**** Voir la liste réglementaire des options des listes 1 et des listes 2 dans les Conditions générales.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

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

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(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) 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.

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

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

(7) Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 mois en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage. La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement (monture ou verres). L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale.

(8) Verre simple verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

(8) Verre complexe verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(8) Verre très complexe verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment 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. Révision. Dénonciation

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 15 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)