

Brochure n° 3015 | Convention collective nationale

IDCC : 1561 | **CORDONNERIE MULTISERVICE**

Brochure n° 3157 | Convention collective nationale

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

Avenant du 19 décembre 2019

relatif au régime professionnel de santé

NOR : ASET2050681M

IDCC : 1561, 2528

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

FFCM,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNAA CFE-CGC ;

FS CFDT ;

FNP FO ;

CMTE CFTC ;

THC CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, les partenaires sociaux ont mis en place, par un accord signé le 31 août 2015, un régime professionnel de remboursement des frais de santé au sein de la branche.

Grâce à la mutualisation des risques organisée au niveau de la branche dans le cadre de la recommandation prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont instauré un régime de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche, garantissant :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille ;
- un niveau de couverture adéquat reposant sur les garanties les plus pertinentes compte tenu des besoins sociaux et contraintes économiques de la branche ;

- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques, de taux de cotisations négociés et maintenus pendant 2 ans ainsi que d’engagements sur la qualité de service ;
- un pilotage paritaire du régime permettant d’en contrôler l’application, l’adaptation, l’évolution et d’en assurer la pérennité.

Dans le cadre de la réforme dite du « 100 % santé », les partenaires sociaux ont jugé utile de signer un avenant permettant d’offrir aux salariés de la branche des garanties conformes aux nouvelles obligations légales et réglementaires, à compter du 1^{er} janvier 2020.

Vu l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 relatif à la modification de la couverture minimale des contrats responsables ;

Vu le 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 prothétiques dentaires ;

Vu le 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 ;

Considérant la nécessaire mise en conformité imposée par ces textes ;

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier les garanties prévues dans le régime professionnel de santé précité mis en place par l’accord du 31 août 2015, à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il est rappelé que le présent avenant ne modifie pas les dispositions relatives au degré élevé de solidarité organisé au sein de la branche.

Article 1^{er}

L’article 4 relatif aux « garanties du régime professionnel de santé » de l’accord du 31 août 2015 est modifié comme suit :

« Article 4 | *Garanties du régime professionnel de santé*

Les garanties du présent régime, prévues pour information en annexe au présent avenant, sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d’effet. Elles seront revues en cas d’évolution de la réglementation.

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu’une garantie assistance santé.

Les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l’article 4.1.2 de l’accord du 31 août 2015.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le participant de l’ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + garantie assistance + actes de prévention).

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l’article 3 de l’accord du 31 août 2015.

L’employeur pourra librement négocier au sein de son entreprise les conditions d’une couverture complémentaire santé supérieures aux garanties conventionnelles, laquelle devra être constatée dans un acte juridique interne à l’entreprise, relevant de l’article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

À ce titre, au-delà du régime de base obligatoire couvrant le seul salarié, l’entreprise a notamment la possibilité de souscrire à deux options facultatives permettant aux salariés d’améliorer les prestations du régime de base.

Ces options ont été définies par les partenaires sociaux et bénéficient de conditions tarifaires privilégiées, car négociées auprès de l'organisme recommandé à l'article 8.1 de l'accord du 31 août 2015.

Les entreprises pourront y souscrire soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative, soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire.

En cas d'adhésion collective facultative, les modalités de souscription de l'option (passage de la base à l'option, de l'option à la base...) sont définies contractuellement auprès de l'organisme d'assurance.

Ouverture des droits aux garanties du régime professionnel de santé :

- concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins ;
- concernant les personnes couvertes à titre facultatif dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :
 - à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
 - au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme recommandé de la demande d'extension familiale si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié. »

Article 2

L'article 4.1.1. de l'accord du 31 août 2015 est modifié comme suit :


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


Les garanties du régime professionnel de santé sont revues et modifiées, à compter du 1^{er} janvier 2020 et à titre informatif, selon le tableau reproduit en annexe.


Les prestations du tableau ci-dessous sont exprimées sous déduction des prestations de la sécurité sociale hormis pour la garantie optique.


Nature des frais		Base Obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.				
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non H	Frais de séjour			
	En établissement conventionné ou non conventionné	100 % de la BR	150 % de la BR	360 % de la BR
	Honoraires			
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % de la BR	150 % de la BR	360 % de la BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % de la BR	120 % de la BR	200 % de la BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % des FR	100 % des FR	100 % des FR
	Chambre particulière Non remboursé par la Sécurité sociale			
	Par nuitée / par journée	45 € par jour	65 € par jour	65 € par jour
	Lit d'accompagnant Non remboursé par la Sécurité sociale	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
	Forfait maternité ou adoption (prime de naissance)			
	Par enfant	-	100 €	300 €

(Voir la page suivante.)

Nature des frais		Base Obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.				
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*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	chez un spécialiste			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Actes techniques médicaux			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Actes d'imagerie médicale			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Honoraires paramédicaux			
	Auxiliaires médicaux	140 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Analyses et examens de laboratoire	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Matériel médical			
	Appareillage et prothèses médicales remboursées par la SS, hors aides auditives et optique	100 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Frais de transport sanitaire			
	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (11)	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Cures thermales			
	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Médicaments			
	Médicaments remboursés à 65%	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Médicaments remboursés à 30%	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Médicaments remboursés à 15%	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	-	60 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire
	Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale Prescrite par un médecin			
	Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue, psychomotricien pour enfant, consultation diététicien	-	Jusqu'à 2 fois par an / bénéficiaire limitées à 30 € / séance	Jusqu'à 3 fois par an / bénéficiaire limitées à 50 € / séance

		Nature des frais	Base Obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
		Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.			
<div>DENTAIRE</div> <div>auprès d'un professionnel</div> <div></div>	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 (12)		
	Soins				
	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
	Inlay/onlay		160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
	Prothèses autres que 100 % Santé				
	Panier à tarifs "modérés" :				
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)		160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
	Panier à tarifs "libres" :				
	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)		160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR
	Implantologie				
	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - limité à 3 implants, par an et par bénéficiaire / Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - limité à 3 implants, par an et par bénéficiaire		-	-	500 €
	Orthodontie (7)				
	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire		160 % de la BR	260 % de la BR	360 % de la BR

Nature des frais		Base Obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)	
Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.					
<div>OPTIQUE</div> <div>ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)</div> <div>Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales</div> <div></div>	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (13)		
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)				
	Dans le réseau KALIXIA (9) tarifs négociés et reste à charge minoré	par verre simple *****	58 €	121 €	160 €
		par verre complexe *****	98 €	178 €	270 €
		par verre très complexe *****	132 €	236 €	328 €
		par monture de lunettes *****	35 €	81 €	100 €
	Hors réseau KALIXIA (9)	par verre simple *****	50 €	105 €	160 €
		par verre complexe *****	85 €	155 €	235 €
		par verre très complexe *****	115 €	205 €	285 €
		par monture de lunettes *****	30 €	70 €	100 €
Lentilles					
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale		200 €/an	250 €/an	300 €/an	
Chirurgie optique réfractive					
Par œil par bénéficiaire par an		100 €	175 €	250 €	

		Nature des frais	Base Obligatoire	Option 1 (y compris base)	Option 2 (y compris base)
		Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.			
AIDES AUDITIVES OU EQUIPEMENT par oreille 	Jusqu'au 31/12/2020 :				
	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire		100 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	À compter du 01/01/2021 :		Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (13)		
	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****		100 % de la BR	122 % de la BR	122 % de la BR
	Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans		100 % de la BR	180 % de la BR	240 % de la BR
	Accessoires et fournitures		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR

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 * 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.

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

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

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

(3) 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.

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

(9) Les prestations dans le réseau **KALIXIA** et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au ticket modérateur.

(11) 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

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

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

Article 3

L'article 10 de l'accord du 31 août 2015 est modifié comme suit :

« Article 10 | Date d'effet de l'avenant et durée

Les dispositions du présent avenant prennent effet le 1^{er} janvier 2020 pour une durée indéterminée. »

Article 4 | *Rendez-vous, suivi, révision et dénonciation de l'avenant*

En raison de la durée indéterminée du présent avenant, les parties à la négociation s'engagent, conformément à l'article L. 2222-5-1 du code du travail, à se donner rendez-vous et à suivre le régime modifié par le présent avenant. Ce rendez-vous et ce suivi devront se faire *a minima* une fois par an.

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivants code du travail.

Il pourra également être dénoncé par tout ou partie des signataires moyennant le respect d'un préavis de 6 mois. Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du code du travail. Une nouvelle négociation pourra intervenir dans les conditions prévues à l'article L. 2261-10 du code du travail.

Article 5 | *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.

Article 6 | *Formalités administratives*

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent, à l'initiative de la plus diligente, de demander au ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 19 décembre 2019.

(Suivent les signatures.)