

Avenant n° 3 du 6 octobre 2020

relatif au régime de frais de santé

NOR : ASET2050884M

IDCC : 2931

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

AMAFI,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT bourse ;

CFTC MF ;

CFE-CGC MF ;

FO bourse ;

SPI MT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

En 2018, le gouvernement s'est engagé à donner à tous les français un accès à des soins de qualité pris en charge à 100 % dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

Après négociation avec les acteurs de la santé, cette réforme a été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avec une entrée en vigueur échelonnée qui commence au 1^{er} janvier 2020 pour l'optique et les soins prothétiques dentaires et se poursuit en 2021 pour l'audiologie.

Cette réforme oblige également les partenaires sociaux à revoir l'expression de leurs tableaux de garanties afin de répondre aux nouvelles obligations de prise en charge.

En conséquence, l'annexe III de la convention collective nationale des activités de marchés financiers (CCNM) est modifiée comme suit :

Article 1^{er} | Tableau descriptif des garanties du régime frais de santé

À compter du 1^{er} janvier 2020 pour l'optique et les soins prothétiques dentaires et 2021 pour l'audiologie, les garanties définies à l'annexe III sont les suivantes :

« Les garanties s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale.

Hospitalisation (en établissement conventionnés ou non)	
Frais de séjour	100% BR
Honoraires	100% BR
Chambre particulière / jour	
Forfait journalier hospitalier	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	prise en charge
Soins courants (auprès d'un professionnel conventionné ou non)	
Généralistes (consultations, visites, consultations en ligne)	100% BR
Spécialistes (consultations, visites, consultations en ligne)	100% BR
Participation forfaitaire pour les soins coûteux	prise en charge
Médecine alternative	
Actes d'imagerie médicale, actes techniques médicaux	100% BR
Analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux	100% BR
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	400% BR
Prévention	Prise en charge
Assistance	Incluse
Médicaments	100% BR ou TFR
Transport Sanitaire : ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (1)	100% BR
Aide auditive ou équipement - par oreille	
Jusqu'au 31/12/2020	
Appareil auditif remboursé SS - par an par bénéficiaire	400% BR
Accessoires et fournitures	400% BR
A compter du 01/01/2021 : renouvellement par appareil tous les 4 ans	
Equipe ment 100% Santé (classe I) (*)	Sans reste à payer (3)
Equipe ment autre que 100% Santé (classe II) (*)	Limité à 1700€ par aide auditive (hors accessoires)
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité (**)	122% BR
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400% BR
Accessoires et fournitures	400% BR

Dentaire Possibilité de faire appel au réseau KALIXIA		
Soins et prothèses 100% Santé (*) A 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 (2)
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie		100% BR
<ul style="list-style-type: none"> Prothèses dentaires autres que 100% Santé : prothèses à tarifs libres ou maîtrisés, remboursées par la SS : <ul style="list-style-type: none"> Couronnes, bridges et inter de bridges Couronnes sur implant Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires) Réparations sur prothèses Inlays-cores Geste complémentaire 		270% BR Dans la limite de 30% PMSS / an / bénéficiaire et au-delà du forfait 125%BR
Orthodontie remboursée par la SS		125% BR
Parodontologie et orthodontie non remboursées par la SS		
Implants (implant + pilier implantaire)		
Inlays-onlays remboursés par la SS		100% BR
Optique : équipement (1 monture + 2 verres) (4) Possibilité de faire appel au réseau KALIXIA		
Équipement 100% Santé (classe A) (*)		Sans reste à payer (3)
Équipement autre que 100% Santé (classe B) (*)		
Verres (par verre)	Simple	65 €
	Complexes	80 €
	Très Complexes	115 €
Montures		100 €
Lentilles prises en charge par la SS		3,5% PMSS / an /bénéficiaire, 100%BR au-delà du forfait
Chirurgie de l'œil		

* Tels que définis règlementairement : 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 règlementairement 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.

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

(1) 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.

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

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

(4) OPTIQUE :

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.

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Il sera adapté automatiquement en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable. »

Article 2 | Date d'effet, dépôt et extension

Le présent avenant prend effet le 1^{er} janvier 2020.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il peut faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Le présent avenant ayant vocation à définir les garanties minimales du régime collectif obligatoire de frais de santé, dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la convention collective des activités de marchés financiers, ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2232-10-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Il est établi un nombre suffisant d'exemplaires pour être notifié à chacune des parties signataires par la partie la plus diligente et effectuer les formalités prévues à l'article L. 2231-6 du code du travail.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 2231-8 du code du travail, le présent avenant fait l'objet d'une procédure de dépôt et d'une demande d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail et L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 6 octobre 2020.

(Suivent les signatures.)