

Brochure n° 3353 | Convention collective nationale

IDCC : 2706 | **PERSONNEL DES ADMINISTRATEURS
ET DES MANDATAIRES JUDICIAIRES**

Avenant n° 30 du 4 octobre 2019

à l'accord du 26 février 2015
relatif au régime de frais de soins de santé

NOR : ASET2050924M

IDCC : 2706

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

IFPPC ;

ASPAJ ;

ANGTC PLE ;

AACE,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

FEC FO ;

FSE CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2020, les dispositions relatives aux garanties frais de santé de la convention collective nationale des administrateurs et des mandataires judiciaires du 20 décembre 2007.

À cet effet, il intègre notamment les dispositions du 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 et du 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.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises relevant de la convention collective nationale des administrateurs et des mandataires judiciaires.

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 professionnel de santé dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de l'étude.

Article 2 | Garanties

Les dispositions de l'article II.1 intitulé « Définition des garanties » sont complétées comme suit.

« Article II.1 | Définition des garanties

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits "responsables" fixées par les articles L. 871-1 et ses textes d'application. Elles sont également conformes aux dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et à ses textes d'application.

À ce titre, elles prennent en charge l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins 100 % santé.


Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés. »


Article 3 | Tableau de garanties

Les dispositions de l'annexe I intitulé « Tableau de garanties » sont annulées et remplacées comme suit :

(Voir page suivante.)

« Annexe I Tableau de garanties

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <div>H</div> <div>HOSPITALISATION (1)</div> <div>En établissement conventionné ou non</div> | Frais de séjour | En établissement conventionné | 100% DE |
| | | En établissement non conventionné | 90% DE avec un minimum de 100% BR |
| | Honoraires | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 300 % BR |
| | | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 200% BR |
| | Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale | | 100% DE sans limitation de durée |
| | Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques | | 100% DE |
| | Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale | Y compris maternité – par nuitée ou par jour | 2% PMSS |
| <div></div> <div>DENTAIRE</div> <div>auprès d'un professionnel</div> | Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale | Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans – par nuitée | 1,5% PMSS |
| | Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance) | Par enfant | 5% PMSS |
| | 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 (5) |
| | Soins | Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie | 170% BR |
| | | Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale | Pas de prise en charge |
| | Prothèses autres que 100% Santé | Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation) Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation) Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) – par acte dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire | 270% BR 270% BR 247,25€ |
| | Implantologie | Implant hors pilier implantaire – par acte dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire | 200€ |
| | Orthodontie | Remboursée par la Sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire | 300% BR |
| | | Non remboursée par la Sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres | Pas de prise en charge |

| | | | |
|--|--|--|---|
|  OPTIQUE (7) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière détaillée dans les CG) | Équipement 100% Santé** (classe A****) | <i>Y compris prestations pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)</i> <i>Y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)</i> | Sans reste à payer (6) Sans reste à payer (6) Sans reste à payer (6) |
| | Équipement autre que 100% Santé (classe B****) | Par équipement – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** Par équipement – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** | 412€ dont 100€ maxi pour la monture 200€ dont 60€ maxi pour la monture |
| | Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B | Définies dans les CG | 100% BR Dans la limite des PLV |
| | Lentilles | Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale | 4% PMSS par an par bénéficiaire (au-delà 100% BR) |
| | Chirurgie optique réfractive | Par œil | 15% PMSS |
|  AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille | Jusqu'au 31/12/2020 : | Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale | 260% BR |
| | A compter du 01/01/2021 : | Renouvellement par appareil tous les 4 ans | |
| | Équipement 100% Santé** (classe I****) | | 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 260% BR |
| | Accessoires et fournitures | | 260% BR |
|  SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non | Honoraires médicaux | | |
| | Consultation / visite / consultation en ligne | | |
| | Chez un généraliste ou spécialiste | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 270% BR 200% BR |
| | Actes techniques médicaux | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 270% BR 200% BR |
| | Actes d'imagerie médicale | Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 100% BR 100% BR |

| | | | |
|-----------------|---|---|--|
| | | | |
| | Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques | | 100% DE |
| | Honoraires paramédicaux | Auxiliaires médicaux | 100% BR |
| | Analyses et examens de laboratoire | | 100% BR |
| | Matériel médical | Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique | 260% BR |
| | Frais de transport sanitaire | Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR (4) | 100% BR |
| | Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale | Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal – forfait global annuel | 100% BR + 5% PMSS |
| | Médicaments | Médicaments remboursés Contraception féminine non remboursée par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire Vaccins anti grippe Consultation diététique par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 60€ par an Ostéodensitométrie osseuse par an et par bénéficiaire | 100% BR 50 € 50€ 25€ 100% FR 20€ 50€ |
| | Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursé par la Sécurité sociale | Médecine douce (Ostéopathe, micro kinésithérapie, chiropracteur) – par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 100€ par an | 25€ |
| | Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale | | 100% BR |
| SERVICES | Assistance | | Incluse |

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). PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* 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.

**** Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste II 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.

Article 4 | *Date d'application*

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Article 5 | *Durée*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Article 6 | *Dépôt. Entrée en vigueur*

Le présent avenant est déposé au conseil de prud'hommes de Paris et auprès des services centraux du ministre chargé du travail en 2 exemplaires dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Le présent avenant entre en vigueur dès les formalités de dépôt accomplies.

Article 7 | *Extension*

L'extension de l'avenant est sollicitée conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Fait à Paris, le 4 octobre 2019.

(Suivent les signatures.)