

Brochure n° 3240 | Convention collective nationale

IDCC : 1487 | **HORLOGERIE-BIJOUTERIE**
(Commerce de détail)

Avenant n° 3 du 15 décembre 2020

à l'accord du 16 décembre 2015
relatif au remboursement des frais de santé

NOR : ASET2150235M

IDCC : 1487

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

UBH,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC CSFV ;

FS CFDT ;

FEC-FO ;

FCS CGT ;

UNSA CS,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par accord de branche du 16 décembre 2015, les partenaires sociaux ont instauré un régime de protection sociale complémentaire frais de santé au profit de l'ensemble des salariés des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail de l'horlogerie bijouterie, ci-après dénommée CCN n° 1487.

Afin que les entreprises et les salariés puissent bénéficier d'un régime mutualisé, dans un objectif de pérennité et d'efficacité, les partenaires sociaux décidaient la recommandation d'un organisme assureur au terme d'une procédure de mise en concurrence.

La recommandation arrivant à échéance le 31 décembre 2020, la branche a organisé une nouvelle consultation en vue de recommander plusieurs organismes assureurs pour assurer et gérer le régime de protection sociale complémentaire santé à effet du 1^{er} janvier 2021, conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application.

À l'issue de cette consultation et dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, les partenaires sociaux ont décidé la recommandation de deux organismes assureurs pour une période de 5 ans.

Le présent avenant modifie et complète l'accord du 16 décembre 2015 définissant le régime de frais de santé conventionnel.

Considérant la composition de la branche composée à plus de 90 % d'entreprises de moins de 10 salariés, et au regard des 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 de prévoyance dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Article 1^{er}

L'article 1^{er} de l'accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Champ d'application

Le champ d'application professionnel et territorial du présent accord est celui de la convention collective du commerce de détail horlogerie-bijouterie, tel que défini dans son article 1^{er} du chapitre I^{er}.

À compter de la date d'effet du présent accord, les employeurs devront avoir souscrit au profit des salariés visés à l'article 3, un contrat collectif d'assurance obligatoire en matière de frais de santé, conforme aux dispositions du présent accord.

Les entreprises qui mettent en œuvre un régime frais de santé moins favorable, devront adapter leur couverture afin de se conformer aux dispositions du présent accord. »

Article 2

À l'article 3.2.1, alinéa 5, les termes « ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code précité » sont supprimées.

Article 3

L'article 3.3 est modifié comme suit :

« Extension des garanties "frais de santé"

Conformément à l'article 3.1, seule l'adhésion du salarié est obligatoire.

Toutefois, une extension optionnelle de garanties frais de santé peut être souscrite, soit collectivement par l'employeur (complémentaire collective à adhésion obligatoire), soit individuellement par chaque salarié (complémentaire individuelle à adhésion facultative).

Ainsi, les entreprises peuvent également mettre en place une couverture collective à adhésion obligatoire plus élevée en souscrivant à l'un des deux niveaux optionnels.

Les garanties peuvent être étendues aux ayants droit du salarié.

Pour l'application des dispositions au titre du présent régime, il faut entendre, au minimum, par ayants droit :

■ Le conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou concubin du salarié :

- le conjoint : personne liée à l’affilié par les liens du mariage (art. 143 du code civil), non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le partenaire lié par un Pacs (le “pacsé”) : personne ayant conclu avec l’affilié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- le concubin : personne vivant avec l’affilié en concubinage au sens de l’article 515-8 du code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins 2 ans à la date de l’événement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n’est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l’un ni l’autre être par ailleurs mariés ou liés par un Pacs.

La preuve du lien se fera par déclaration sur l’honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagné impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus.

■ Les enfants à charge de l’affilié, de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :

- âgés de moins de 21 ans ;
- âgés de moins de 26 ans, s’ils justifient de la poursuite de leurs études ;
- quel que soit leur âge, sous réserve qu’ils soient titulaires d’une carte mobilité inclusion.

■ Les enfants de l’affilié nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

■ Les ascendants à charge : les personnes ascendantes de l’affilié à condition d’être à sa charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal doit notamment être fourni à l’organisme assureur. »

Article 4

L’article 7.3 de l’accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Prestations

Le régime de complémentaire santé est établi dans le respect des dispositions relatives aux contrats dits “responsables” par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Le tableau résumant le niveau des garanties, prévu dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés, joint en annexe 1 du présent accord, est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord.

Les entreprises non adhérentes à l’un des contrats d’assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés devront en tout état de cause souscrire un contrat collectif d’assurance conforme aux dispositions du présent accord et à la couverture minimale qu’il institue. »

Article 5

L'article 9.1 de l'accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Choix des organismes assureurs recommandés

Au terme d'une procédure de mise en concurrence conforme aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application, les partenaires sociaux ont choisi de recommander, pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés de la branche :

- UMANENS, union de groupe mutualiste régie par le code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, siège social : 40, boulevard Richard-Lenoir, 75011 Paris composée de :
 - La Mutuelle familiale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 784 442 915, siège social : 52, rue d'Hauteville, 75010 Paris, assureur, gestionnaire et distributeur ;
 - Identités Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, n° SIREN 379 655 541, siège social : 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris, assureur et distributeur ;
- l'UMG Mutualia, union de mutuelles du livre I^{er} du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 823 416 359, dont le siège social est situé à 19, rue de Paris, 93013 Bobigny Cedex, assureur et distributeur.

Ces organismes sont co-Assureurs entre eux dans le cadre d'UMANENS. Ils confient la coordination du dispositif et l'interlocution à UMANENS. L'affectation d'une entreprise à un organisme assureur est fonction de règles de territorialité et de distribution déterminées au sein d'UMANENS ;

- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance immatriculée en France sous le n° SIREN 321 862 500 et régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est situé au 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire. »

Article 6

L'article 9.2 de l'accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Changement d'organismes assureurs

La recommandation est faite par année civile. Elle est renouvelée automatiquement par tacite reconduction, au plus sur une durée de 5 ans.

Cette recommandation peut faire l'objet d'une dénonciation notifiée par l'une ou l'autre des parties signataires moyennant un préavis de 6 mois avant la fin de l'année, soit avant le 30 juin de l'année en cours.

Les présentes dispositions se substituent à toute autre disposition ayant le même objet. »

Article 7

L'article 10 de l'accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Réexamen des conditions d'organisation de la recommandation

Les modalités d'organisation de la recommandation sont réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.

À cet effet, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance, pour étudier le rapport spécial des organismes recommandés sur les comptes de résultat de la période écoulée et sur les perspectives d'évolution futures du régime.

À l'issue de cet examen, le régime mis en œuvre pourra être modifié ou complété dans le respect de la mutualisation qu'il instaure. »

Article 8

L'article 11 de l'accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Convention de gestion

Un contrat collectif d'assurance et un protocole technique et financier conclus entre les partenaires sociaux et les organismes recommandés précisent les modalités de mise en œuvre du présent régime de frais de santé. »

Article 9

L'article 12 de l'accord du 16 décembre 2015 est modifié comme suit :

« Révision et dénonciation

Le présent avenant pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail. »

Article 10 | *Publicité et extension*

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail, notifié par la partie la plus diligente des organisations signataires à l'ensemble des organisations représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget en application des dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Article 11 | *Date d'application*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Fait à Paris, le 15 décembre 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe

Les annexes I et II sont modifiées comme suit :

« Annexe 1 Tableau de garanties

GRILLE DE GARANTIE - CCN COMMERCE DE DETAIL DE L'HORLOGERIE BIJOUTERIE

HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE Y COMPRIS MATERNITÉ	Base (Sécurité sociale incluse)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
Frais de séjour - secteur conventionné	100% BR	100% BR	200% BR
Honoraires - secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	180% BR
Honoraires - secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	160% BR
Forfait hospitalier journalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% du forfait
Chambre particulière (hors maternité)	-	20 € / jour	40 € / jour
Frais d'accompagnement (- de 16 ans)	-	10 € / jour	20 € / jour
Maternité - Chambre particulière	-	25 € / jour	50 € / jour
Maternité - Prime de naissance	-	5% PMSS	10% PMSS
SOINS MÉDICAUX COURANTS			
Consultations Généralistes – OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations Généralistes – Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Consultations Spécialistes – OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations Spécialistes – Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Analyses	100% BR	125% BR	150% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Radiologie - OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	200% BR
Radiologie - Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	180% BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100% BR	150% BR	200% BR
Transport remboursé SS	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE			
SMR important, faible et homéopathie	100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE			
Equipe ment 100% santé (verres et monture)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé (remboursée SS)	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipe ment panier libre (verres et monture)	Voir grille optique Base	Voir grille optique Base intermédiaire	Voir grille optique Base améliorée
Prestation d'adaptation et d'appairage panier libre (remboursée SS)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prescrites remboursées ou non SS (y compris jetables)	100% BR + 70 € / an	100% BR + 150 € / an	100% BR + 200 € / an

DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins remboursés SS ne relevant pas du dispositif 100% santé	100% BR	120% BR	150% BR
Prothèses (limités à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge du ticket modérateur) ⁽⁴⁾			
Panier maîtrisé	Prise en charge identique au panier libre dans la limite des HLF		
Panier libre	Actes remboursés SS		
Onlays Inlays	100% BR	120% BR	150% BR
Orthodontie remboursée SS	125% BR	150% BR	200% BR
Orthodontie non remboursée SS	-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Dents du sourire remboursées SS ⁽⁴⁾	125% BR	125% BR + 150 € / an / bénéficiaire	125% BR + 300 € / an / bénéficiaire
Dents de fond de bouche remboursées SS ⁽⁵⁾	125% BR	125% BR + 150 € / an / bénéficiaire	125% BR + 300 € / an / bénéficiaire
Dents du sourire non remboursées SS ⁽⁴⁾	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Dents de fond de bouche non remboursées SS ⁽⁵⁾	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
Implantologie : implant et pilier dentaire (hors nomenclature)	-	150 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES ⁽⁶⁾			
Equiperment 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equiperment panier libre	100% BR	100% BR + 100 € / an / bénéficiaire	100% BR + 200 € / an / bénéficiaire
PREVENTION ET MÉDECINES DOUCES			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR	100% BR	100% BR
Médecines douces (ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs)	-	30 € / séance maxi 2 séances / an / bénéficiaire	30 € / séance maxi 4 séances / an / bénéficiaire

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire.

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste "Aides auditives".

(3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie.

(4) Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixes / Réparation sur prothèses.

Dents n° 11/12/13/14/15/21/22/23/24/25/31/32/33/34/35/41/42/43/44/45.

(5) Dents n° 16/17/18/26/27/28/36/37/38/46/47/48.

(6) Périodicité de la prise en charge : tous les 4 ans.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité Sociale - **RSS** : Remboursement de la Sécurité Sociale - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée au médecins exerçant en Chirurgie et Obstétrique - **TM** : Ticket Modérateur - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

GRILLE OPTIQUE - CCN COMMERCE DE DETAIL DE L'HORLOGERIE BIJOUTERIE

Grille Optique panier libre	CATÉGORIES	Base (Sécurité sociale incluse)	Base intermédiaire (Base incluse)	Base améliorée (Base incluse)
TYPE DE VERRE		2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES
Verres simple foyer, sphériques				
sphère comprise entre -6 à +6	A	RSS + 100 €	RSS + 100 €	RSS + 300 €
sphère hors zone -6 à +6	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
Verres simple foyer sphéro-cylindriques				
sphère comprise entre -6 à 0 et cylindre ≤ +4	A	RSS + 100 €	RSS + 100 €	RSS + 300 €
sphère> 0 et sphère + cylindre ≤ +6	A	RSS + 100 €	RSS + 200 €	RSS + 300 €
sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
sphère comprise entre -4 à +4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère hors zone de-4 à + 4	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	RSS + 200 €	RSS + 400 €	RSS + 600 €
ÉQUIPEMENT MIXTE CONSTITUÉ DE 2 VERRES DE CATÉGORIES DISTINCTES		2 VERRES	2 VERRES	2 VERRES
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	B	RSS + 150 €	RSS + 300 €	RSS + 450 €
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	D	RSS + 150 €	RSS + 300 €	RSS + 450 €
Équipement mixte - plafond : contrat responsable	E	RSS + 200 €	RSS + 300 €	RSS + 450 €
1 MONTURE		100% BR	75.00 €	100.00 €

prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres + 1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans et de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situation médicales particulières, telles que définies par arrêté.

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène), remboursement conforme contrat responsable.

CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre ≤ +4

CLASSE C / VERRE COMPLEXE / verre simple foyer hors zone - 6 à +6 et cylindre > +4 à verre multifocal ou progressif

CLASSE F / VERRE TRÈS COMPLEXE / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère hors zone -8 +8

CLASSE F / VERRE TRÈS COMPLEXE / verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère hors zone -4 +4

Équipement mixte

VERRE SIMPLE + VERRE COMPLEXE (A+C) = B

VERRE SIMPLE + VERRE TRÈS COMPLEXE (A+F) = D

VERRE COMPLEXE + VERRE TRÈS COMPLEXE (C+F) = E

Annexe 2 Grilles tarifaires

Régime général

Cotisation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) :

	Base 1 (Base conventionnelle)			Base intermédiaire		Base améliorée
	Régime collectif obligatoire	Base intermédiaire (facultative)	Base améliorée (facultative)	Régime collectif obligatoire	Base améliorée (facultative)	
Salarié	0,84 %	+ 0,55 %	+ 0,93 %	1,32 %	+ 0,39 %	1,65 %
+ conjoint facultatif	0,93 %	+ 0,60 %	+ 1,03 %	1,46 %	+ 0,42 %	1,82 %
+ enfant facultatif	0,50 %	+ 0,33 %	+ 0,56 %	0,80 %	+ 0,23 %	0,99 %

* Gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant.

Régime local (Alsace-Moselle)

Cotisation exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) :

	Base 1 (Base conventionnelle)			Base intermédiaire		Base améliorée
	Régime collectif obligatoire	Base intermédiaire (facultative)	Base améliorée (facultative)	Régime collectif obligatoire	Base améliorée (facultative)	
Salarié	0,48 %	+ 0,55 %	+ 0,93 %	0,92 %	+ 0,39 %	1,21 %
+ conjoint facultatif	0,53 %	+ 0,60 %	+ 1,03 %	1,02 %	+ 0,42 %	1,33 %
+ enfant* facultatif	0,29 %	+ 0,33 %	+ 0,56 %	0,56 %	+ 0,23 %	0,73 %

* Gratuité de la cotisation à partir du 3^e enfant.