

Brochure n° 3133 | Convention collective nationale

IDCC : 953 | **CHARCUTERIE DE DÉTAIL**

**Avenant n° 37 du 10 juillet 2019**  
relatif au régime de remboursement de frais de soins de santé

NOR : ASET2150811M

IDCC : 953

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

**CNCT,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTA FO ;**

**CSFV CFTC ;**

**FCS UNSA ;**

**FGA CFDT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le présent avenant a pour effet de compléter les avenants n° 8, n° 26 et n° 32 de la convention collective nationale de la charcuterie de détail.

D'une part, les partenaires sociaux de la branche se sont réunis en commission paritaire le 26 juin 2019 et ont décidé à l'unanimité d'adjoindre au régime professionnel conventionnel (RPC) de remboursement complémentaire de frais de soins de santé de la charcuterie de détail des mesures d'actions individuelles de prévention.

D'autre part, considérant la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite « 100 % santé »).

Considérant 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 et 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 des actes juridiques mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture minimale obligatoire et collective imposée par ladite loi avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ;

Considérant la volonté des partenaires sociaux d'améliorer le régime frais de santé de la branche tout en conservant l'équilibre de ce régime ;

Ils ont également décidé, compte tenu des résultats du régime, de modifier les prestations du régime professionnel de remboursement complémentaire de frais de soins de santé en application de la réforme et sans modification corrélative du montant des cotisations.

Il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup> | Mesures d'actions individuelles de prévention complémentaires au régime professionnel conventionnel de remboursement de frais de soins de santé**

<b>MESURES D'ACTIONS INDIVIDUELLES DE PREVENTION</b>  <b>AU PROFIT DES SALARIES / ANCIENS SALARIES ASSURÉS AU CONTRAT DE FRAIS DE SANTÉ</b> <b>(LEURS AYANTS - DROIT SI COUVERTS AU TITRE DUDIT CONTRAT)</b> <b>ET OUVRANT DROIT AU BENEFICE DES GARANTIES DU CONTRAT</b>	
PROGRAMME	NATURE DES ACTIONS A COMPTER DU 01.07.2019
<b>Santé bucco-dentaire</b>	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	<p>Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie.</p> <p>Promotion des consultations de prévention à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie "M'T Dents" <sup>(1)</sup>. Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont pris en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire ».</p> <p>Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire.</p> <p>(1) à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.</p>
<b>Cancers : traitement et prévention de leurs récurrences</b>	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer	<p>Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM).</p> <p>La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...).</p>
Prévention des récurrences de cancers	<p>Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récurrences après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel.</p> <p>Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.</p>
<b>Bilan de prévention</b>	
Bilan de prévention personnel	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.

## Article 2 | Modification du tableau des prestations garanties par le régime professionnel conventionnel de remboursement de frais de soins de santé

### REGIME DE BASE

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

#### ABREVIATIONS :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :

OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		250% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :  Non adhérents DPTM :	250% BR  200% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		80€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		30€ par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION
		CONVENTIONNE
		NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Phytothérapie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		60€ par acte, limité à 4 actes par année civile

<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	150% BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	150% BR
<b>Médicaments :</b>	
► remboursés SS	100% BR
► non remboursés SS	
Contraception prescrite	Crédit de 90€ par année civile
<b>Pharmacie (hors médicaments) :</b>	
► remboursée SS	100% BR
► non remboursée SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits <sup>(2)</sup>	100% des FR sur présentation de la facture de prescription
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	RSS + crédit de 600€ par année civile par bénéficiaire
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>	
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31-12-2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	Crédit de 1500 € par année civile par bénéficiaire avec un minimum de 100% BR	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100 % BR	
A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 :		
Equipements 100 % Santé (**) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)		
Equipements libres (****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	1700 € (***) (au lieu de RSS +crédit de 1500€ = non responsable > max)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	1700 € (***) (au lieu de RSS +crédit de 1500€ = non responsable > max)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	100% BR	

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquet fixé par l'arrêté du 14.11.2018

(\*\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(\*\*\*\*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700€ RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	400% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	330% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay	400% BR	
Inlay core	330% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	300% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	400% BR	
Parodontologie	Crédit de 500€ par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de 1200€ par année civile	
Orthodontie	300% BR	

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**) (4)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**) (4)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100€	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, d'un opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, d'un opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	RSS + Crédit de 160€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Mvopie, hvpermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de 2000€ par année civile	

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A prises en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
  - glaucome ;
  - hypertension intraoculaire isolée ;
  - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
  - rétinopathie diabétique ;
  - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
  - cataracte évolutive à composante réfractive ;
  - tumeurs oculaires et palpébrales ;
  - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
  - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
  - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
  - kératocône évolutif ;
  - kératopathies évolutives ;
  - dystrophie cornéenne ;
  - amblyopie ;
  - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ;
  - antipaludéens de synthèse ;
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

### Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	90€
		SPH < - 6 ou > + 6	150€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	90€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	90€
		SPH > 0 et S > + 6	150€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	150€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	150€
MULTIFOCALUX ET PROGRESSIFS	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	180€
		SPH < - 4 ou > + 4	250€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	180€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	180€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250€
		SPH > 0 et S > + 8	250€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250€

(\*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
<b>Cure thermique remboursée SS :</b>	
Frais de traitement et honoraires	100% BR
Frais de voyage et hébergement	250€ limité à une intervention par année civile
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 350€
Fécondation in vitro	Crédit de 250€ par année civile

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

## Article 3 | Date d'effet

L'article 1<sup>er</sup> du présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'article 2 prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## Article 4 | Dépôt et extension. Publicité

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « la négociation collective – les conventions et accords collectifs du travail » (livre 2<sup>e</sup> de la partie II). Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

Considérant la composition de la branche constituée pour sa plus grande part d'entreprises de moins de 50 salariés, cet avenant ne comporte pas de dispositions particulières pour ces entreprises.

Les parties signataires conviennent de demander au ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du code du travail.



La confédération nationale de la charcuterie de détail, 15, rue Jacques-Bingen, 75017 Paris se charge des formalités nécessaires.

*Fait à Paris, le 10 juillet 2019.*

(Suivent les signatures.)