

Avenant n° 2 du 8 décembre 2020
à l'accord de branche du 12 juin 2015
relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé

NOR : ASET2150942M

IDCC : 3013

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

SLF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CGT ;

FNECS CFE-CGC ;

FS CFDT ;

UNSA FCS ;

CFTC SNPELAC,

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 souhaité créer un régime de remboursement des frais de santé au sein de la branche, complétant ainsi leur politique en matière de protection sociale.

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 instaurent un régime de qualité au meilleur coût pour les entreprises et salariés de la branche qui garantit un contrat « solidaire et responsable ».

Le décret n° 2019-21 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a été publié au *Journal officiel*, le 12 janvier 2019. Les dispositions de ce décret, « 100 % santé » s'appliquent aux contrats sous-crits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les dispositions relatives à l'optique et au dentaire et à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les dispositions du présent avenant à l'accord de branche mettent en conformité les garanties de cet accord avec les nouvelles dispositions dites « 100 % santé ». L'ensemble des autres dis-

positions de l'accord du 2 juillet 2015 relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé dans la branche de la librairie demeurent en vigueur.

À compter du 1^{er} janvier 2020, le tableau des prestations figurant à l'article 4.1.1 de l'accord du 2 juillet 2015 est annulé et remplacé par le tableau ci-après (tableau + légende).

Article 1^{er} | modifications des garanties santé du régime professionnel

Les prestations exprimées dans le tableau ci-dessous, s'entendent sous déduction de celles versées par la sécurité sociale.

Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100 % santé ». Les actes pris en charge intégralement sont précédés des icônes suivantes dans la grille de garanties :



En dentaire, pour les prothèses dentaires sans reste à charge (prise en charge à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2020, selon le calendrier prévu dans la convention dentaire) dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).



En optique, pour les verres et montures de class. À (prise en charge à 100 % dès le 1^{er} janvier 2020) dans la limite des prix limites de vente (PLV).



En audioprothèse, pour les aides auditives de classe I (prise en charge à 100 % dès le 1^{er} janvier 2021) dans la limite des prix limites de vente (PLV) avec un appareillage par oreille tous les 4 ans de date à date.

(Voir page suivante.)

Descriptifs des garanties

	BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ	OPTION CONFORT (sous déduction de la base obligatoire)	OPTION CONFORT + (sous déduction de la base obligatoire)
HOSPITALISATION*			
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100% BR	150% BR	300% BR
Honoraires facturés par un médecin (Secteur 1 ou 2) adhérent OPTAM/OPTAM-CO**	120% BR	170% BR	300% BR
Honoraires facturés par un médecin (Secteur 2) non adhérent OPTAM/OPTAM-CO**	100% BR	150% BR	200% BR
Non conventionné			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (hors maternité)	-	64 € par jour	64 € par jour
Lit accompagnant pour un enfant de moins de 12 ans	32 € par jour	32 € par jour	32 € par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS*			
Consultation/visites médecins ¹	120% BR	144% BR	200% BR
Petite chirurgie/Actes techniques médicaux ¹	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	150% BR	150% BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie ¹	100% BR	150% BR	200% BR
Analyse et examens de laboratoire	100% BR	130% BR	200% BR
¹ Complément pour les médecins (Secteur 1 ou 2) adhérents OPTAM/OPTAM-CO**	+30% BR	+36% BR	+50% BR
PHARMACIE*			
Pharmacie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
FRAIS DENTAIRES*			
Soins dentaires (hors inlays/onlays) remboursés par la sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR
PROTHESES DENTAIRES*			
Prothèses dentaires 100 % Santé : A compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	100% FR dans la limite des honoraires limites de facturation		
Prothèses dentaires : Panier à reste à charge maîtrisés	125% BR	250% BR	350% BR
Prothèses dentaires : Panier à reste à charge libres	125% BR	250% BR	350% BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	125% BR	250% BR	350% BR
Implants refusés par la sécurité sociale (par an et par personne)	-	-	317 €

OPTIQUE* (postes limités à 1 équipement par bénéficiaire tous les 2 ans sauf évolution de la vision ou enfant mineur) Les cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale sont visés à l'article 2 du présent avenant.			
Equipelement 100 % santé (Classe A) Equipelement complet y compris prestation d'appairage, prestation d'adaptation/supplément pour verres avec filtre	100% FR dans la limite des prix limites de vente		
Equipelement autre que 100 % santé (Classe B)			
Monture	100€		
Verres dits simples avec monture	150 €	280 €	420 €
Verres dits complexes avec monture	250 €	380 €	570 €
Verres dits très complexes avec monture	350 €	480 €	670 €
Lentilles acceptée par la Sécurité sociale ou non (par an et par bénéficiaire)	150 €	280 €	470 €
Chirurgie réfractive pour les 2 yeux (par an et par bénéficiaire)	-	-	500 €
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives jusqu'au 31 décembre 2020	100% BR	254 €	317 €
Equipelements 100 % santé Classe I (prise en charge limitée à une prothèse auditive par oreille et par période de 4 ans à compter du 01/01/2021)	100% FR dans la limite des Prix limites de vente		
Equipelement autre que 100% santé Classe II (dans la limite de 1700€ par oreille tous les 4 ans à compter du 1er janvier 2021) Remboursement par aide auditive	100% BR	254 €	317 €
MATERNITE*			
Forfait naissance/adoption d'un enfant de moins de 12 ans	100 €	100 €	100 €
Chambre particulière	64 € par jour	64 € par jour	64 € par jour
AUTRES ACTES			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	-	Jusqu'à 2 séances par an et par bénéficiaire limitées à 30 € par séance	Jusqu'à 3 séances par an et par bénéficiaire limitées à 40 € par séance
Sur prescription médicale : -Pharmacie non remboursée, y compris moyens contraceptifs -sevrage tabagique -ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	-	50 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Cure thermales acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	317 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	100% BR	200% BR	200% BR

FR : Frais réels

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale. Pour les praticiens non conventionnés, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

* : remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables

** : Option pratique tarifaire maîtrisée / Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique

Les médecins signataires s'engagent à :

-respecter un taux de dépassement moyen ;

-respecter un pourcentage minimum d'activité à tarif opposable.

Les actes de prévention du régime professionnel de santé

Le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention définis dans le tableau ci-dessous.

	BASE OBLIGATOIRE REGIME PROFESSIONNEL DE SANTÉ	OPTIONS CONFORT ET CONFORT +
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8)	OUI	OUI
Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12)	OUI	OUI
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans)	OUI	OUI
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	OUI	OUI
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus : Audiométrie tonale ou vocale Audiométrie tonale avec tympanométrie Audiométrie vocale dans le bruit Audiométrie tonale ou vocale Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie	OUI	OUI
Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans	OUI	OUI
Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges b) Coqueluche : avant 14 ans c) Hépatite B : avant 14 ans d) BCG : avant 6 ans e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant f) Haemophilus influenzae B g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois	OUI	OUI

Article 2 | Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	variation 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.	
Constatation de l'évolution de la vue	soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Article 3 | Respect du contrat responsable. Parcours de soins coordonnés (art. L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale)

Les garanties détaillées ci-dessus respectent les conditions du contrat responsable :

- Les garanties excluent la prise en charge :
 - de la majoration de ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire sans prescription du médecin traitant ou correspondant ;

- de la participation forfaitaire et des franchises visées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'assuré sans prescription préalable de son médecin traitant ou correspondant ;

■ Les garanties prennent obligatoirement en charge :

L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article.

En fonction des garanties choisies par l'assuré, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Une couverture des frais exposés par l'assuré et ses ayants droit en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima, dans la limite des maxima et le respect d'une périodicité fixés par l'article R. 871-2, 3° du code de la sécurité sociale et la formule choisie par le participant.

Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

■ Au 1^{er} janvier 2021 : des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

a) À hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du 2^e alinéa de l'article L. 165-1 ;

b) Au maximum à 1 700 € par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1^o pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée ;

Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée.

La totalité de la participation de l'assuré au sens de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale pour les actes de prévention figurant sur la liste des prestations considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. Les actes pris en charge sont listés ci-dessus dans les actes de prévention du régime professionnel de santé.

Ces règles sont applicables aux consultations et prescriptions du médecin spécialiste effectuées sur prescription du médecin traitant ou correspondant. Ces modifications ne sont pas exclusives de dispositions découlant des textes réglementaires à paraître.

Article 4 | Taux de cotisations

Les modifications des garanties n'entraînent pas d'évolutions des taux de cotisations.

Article 5 | Notification. Dépôt. Extension

Les parties signataires mandatent l'organisation d'employeurs signataire pour effectuer les démarches nécessaires à l'extension du présent avenant et aux formalités de publicité.

À l'expiration du délai d'opposition prévu à l'article L. 223-8 du code du travail, le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt. Il sera déposé auprès des services du ministère chargé du travail et des conventions collectives ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-6 du code du travail.

Il fera ensuite l'objet d'une procédure d'extension conformément aux dispositions de l'article L. 2261-15 du code du travail.

Article 6 | Entreprise de moins de 50 salariés

La taille des entreprises de la branche, très majoritairement de moins de 50 salariés, ainsi que l'objet de l'accord, qui instaure des garanties collectives au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche, justifie que l'accord ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Article 7 | Date d'effet de l'avenant

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

Fait à Paris, le 8 décembre 2020.

(Suivent les signatures.)