

**Avenant n° 99 du 21 octobre 2021**  
à l'accord du 15 septembre 2015  
relatif à la mise en place d'un régime frais de santé

NOR : ASET2151241M

IDCC : 733

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

**FDCF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FNECS CFE-CGC ;**

**FS CFDT ;**

**CGT CSD ;**

**UNSA FCS ;**

**FEC FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Par accord collectif du 15 septembre 2015, les partenaires sociaux ont institué un régime de frais de santé présentant un degré élevé de solidarité au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche des détaillants en chaussures.

Conformément à leurs engagements, les partenaires sociaux ont décidé de procéder à un nouvel appel d'offres pour d'une part, recommander un organisme assureur pour une nouvelle période quinquennale débutant au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Le présent avenant a pour objectif d'intégrer les modifications qui font suite à l'appel d'offres précité.

L'article 8 de l'accord du 15 septembre 2015, consacré à la mutualisation professionnelle est modifié comme suit :

**« Article 8.1 | *Organisme recommandé pour la mutualisation professionnelle***

Dans l'objectif de faciliter la gestion de la couverture santé pour toutes les entreprises de la branche, les partenaires sociaux ont décidé, au terme de la procédure définie aux articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, de recommander l'organisme assureur Malakoff Humanis prévoyance.

Par l'effet de cette recommandation qui a donné lieu à l'établissement d'un contrat d'assurance cadre établi par Malakoff Humanis prévoyance et auquel peuvent adhérer toutes les entreprises de la profession aux conditions identiques notamment de cotisations, Malakoff Humanis prévoyance bénéficie de la recommandation de la branche, de telle sorte qu'il est chargé, par les signataires du présent avenant, d'informer les entreprises de la branche de l'existence du présent avenant et de recueillir, autant qu'ils le souhaiteront, leurs adhésions.

Les relations entre la profession et Malakoff Humanis prévoyance font l'objet de conventions distinctes précisant les engagements de Malakoff Humanis prévoyance.

La recommandation vaut, sauf résiliation à l'initiative des signataires du présent avenant, jusqu'au 31 décembre 2026. Les partenaires sociaux seront réunis au plus tard dans le courant du premier semestre 2026 pour examiner toute nouvelle recommandation.

L'organisme recommandé est chargé de poursuivre un objectif de couverture effective de l'ensemble des salariés de la branche et s'oblige à exécuter l'intégralité des dispositions du présent accord, ce qui entraîne notamment la conséquence suivante :

- il s'oblige à accepter l'adhésion de toutes les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, y compris les entreprises qui ne pourraient trouver auprès des autres assureurs l'application de la couverture de la branche au tarif proposé en raison de l'état de santé ou de la situation des salariés qu'elle emploie.

**Article 8.2 | *Degré élevé de solidarité***

Dans des conditions qui seront définies par convention telle que visée à l'article 8.1, Malakoff Humanis prévoyance crée un fonds social de solidarité garantissant des prestations à degré élevé de solidarité qui sera alimenté par 2 % des cotisations.

Ce financement et la mise en place des actions de solidarité incombent donc également aux entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord, et ayant choisi de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur autre que celui recommandé.

**Article 8.3 | *Durée et conditions de réexamen de la mutualisation professionnelle***

L'organisme est recommandé pour une durée de 5 ans. Cependant, le choix de l'organisme recommandé peut être modifié par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, à la majorité de ses membres, tous les ans au 1<sup>er</sup> janvier après notification à l'organisme recommandé, par lettre recommandée avec avis de réception, en respectant un délai de préavis de 3 mois.

**Article 8.4 | *Comptes de résultats et rapport annuel***

Chaque année, au plus tard le 30 juin, l'organisme assureur recommandé soumet à l'approbation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interpré-

tation les comptes détaillés de l'exercice clos le 31 décembre précédent, ainsi que d'une manière générale tous les documents ou informations nécessaires à l'exercice de cette mission.

Les éléments financiers permettant d'établir les comptes de résultat en conformité avec les dispositions de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sont détaillés dans les engagements contractuels signés entre les parties signataires du présent accord et l'organisme recommandé pour l'assurance et la gestion du régime professionnel de santé.

L'organisme recommandé produit également, pour approbation par les partenaires sociaux, le rapport annuel sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre prévu par l'alinéa 3 de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. »

## **Article 2 | Fonds de solidarité de la branche**

Les partenaires sociaux de la branche des détaillants en chaussures ont convenu de créer un fonds de solidarité. L'article 10 est rédigé comme suit :

### **« Article 10 | Degré élevé de solidarité du régime professionnel de santé**

#### **10.1. Actions de solidarité spécifiques.**

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé prévoit :

- le financement d'actions de prévention de santé publique, ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique, notamment des campagnes nationales d'information ou de programmes de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;
- les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
  - à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;
  - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux.

#### **10.2. Action sociale institutionnelle et degré élevé de solidarité**

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés des entreprises relevant de la convention collective de la branche et aux ayants droit de ses salariés le bénéfice d'une action sociale dite institutionnelle, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

Elle est mise en œuvre et financée par l'organisme en charge de l'assurance du régime de l'entreprise.

Au-delà de l'action sociale institutionnelle, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel de santé, est mis en œuvre. »

### Article 3 | Les garanties du régime

L'article 4.1 relatif aux garanties est modifié comme suit :

#### « Tableau des garanties responsables

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Base (si choisi)	Base + option 1 (si choisi)	Option 2 (si choisi)
<b>Hospitalisation*</b>			
Frais de séjour			
Séjour conventionné ou non	100 % BR	150 % BR	300 % BR
Honoraires			
Conventionnés OPTAM/OPTAM-CO**	100 % BR	170 % BR	300 % BR
Conventionnés non OPTAM/OPTAM-CO**	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Non conventionnés OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	170 % BR	300 % BR
Non conventionnés non OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Chambre particulière</b> (hors maternité) – Par jour	-	60 €	80 €
<b>Lit accompagnant</b> – Par jour	30 €	30 €	30 €
Participation forfaitaire sur les actes coûteux	FR	FR	FR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR <sup>[5]</sup>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Soins courants*</b>			
<b>Visites, consultations, consultations en ligne :</b>			
– médecins adhérents au OPTAM/OPTAM-CO** ;	100 % BR	180 % BR	250 % BR
– médecins non adhérents au OPTAM/OPTAM-CO**.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Petite chirurgie et Actes de spécialité :</b>			
– OPTAM/OPTAM-CO** ;	100 % BR	180 % BR	250 % BR
– non OPTAM/OPTAM-CO**.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 % BR	150 % BR	150 % BR
<b>Radiologie, imagerie médicale, échographie :</b>			
– OPTAM/OPTAM-CO ;	100 % BR	170 % BR	250 % BR
– non OPTAM/OPTAM-CO** ;	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Participation forfaitaire sur les actes coûteux</b>	FR	FR	FR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Médicaments*</b>			
<b>Frais pharmaceutiques remboursés par la SS</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Dentaires*</b>			
Soins et prothèses 100 % santé <sup>[1]</sup>			
Couronnes et bridges et autres prothèses du panier dentaire	SRAP <sup>[3]</sup>	SRAP <sup>[3]</sup>	SRAP <sup>[3]</sup>

	Base (si choisi)	Base + option 1 (si choisi)	Option 2 (si choisi)
Soins dentaires remboursés par la SS : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Inlays-onlays remboursés par la SS	125 % BR	250 % BR	350 % BR
<b>Prothèses autre que 100 % santé</b>			
Prothèses dentaires à tarifs libres ou modérés, remboursées SS :			
– couronnes, bridges et inter de bridges ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– couronnes transitoires ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– couronnes sur implant ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– prothèses dentaires amovibles ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– réparations sur prothèses ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– geste complémentaire ;	125 % BR	250 % BR	350 % BR
– inlays-cores.	125 % BR	250 % BR	350 % BR
Implants refusées SS	-	-	300 €
Orthodontie acceptée SS	125 % BR	250 % BR	350 % BR
<b>Optique<sup>[2]</sup></b> <b>Forfaits exprimés y compris le remboursement de la sécurité sociale, avec un maximum de 100 € pour la monture</b>			
Équipement 100 % santé – Classe A	SRAP <sup>[4]</sup>	SRAP <sup>[4]</sup>	SRAP <sup>[4]</sup>
Équipement autre que 100 % santé – Classe B <sup>[6]</sup>			
2 Verres simples + 1 monture (A)	100 €	200 €	300 €
2 Verres complexes + 1 monture (C)	200 €	300 €	400 €
2 Verres très complexes + 1 monture (F)	300 €	400 €	500 €
1 verre simple + 1 verre complexe + 1 monture ((A)+ (C) ÷ 2)	150 €	250 €	350 €
1 verre simple + 1 verre très complexe + 1 monture ((A)+ (F) ÷ 2)	200 €	300 €	400 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe + 1 monture ((C)+ (F) ÷ 2)	250 €	350 €	450 €
Lentilles acceptée SS ou non/an (avec un minimum de 100 % BR)	100 €	200 €	300 €
Chirurgie réfractive (pour les 2 yeux/an)	-	-	500 €
<b>Maternité</b>			
Forfait maternité/adoption	100 €	300 €	450 €
Chambre particulière	60 € / jour	80 € / jour	80 € / jour
<b>Autres*</b>			
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour enfant, consultation diététicien prescrite par un médecin pour enfant	-	30 € / séance max : 3 séances/an	40 € / séance max : 4 séances/an
Pharmacie prescrite non remboursée y compris moyens contraceptifs, sevrage tabagique, ostéodensitométrie	-	30 € / an	50 € / an

	Base (si choisi)	Base + option 1 (si choisi)	Option 2 (si choisi)
Cure thermales acceptée SS	-	100 % BR	300 €
Prothèses médicales, orthopédiques et autres	200 % BR	300 % BR	300 % BR
<b>Aides Auditives*</b>			
Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % santé – Classe I	SRAP [4]	SRAP [4]	SRAP [4]
Équipement autre que 100 % santé – Classe II	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Services</b>			
Assistance	Incluse	Incluse	Incluse
BR = Base de remboursement, SS = Sécurité sociale, FR = Frais réels, TM = Ticket modérateur, PMSS = Plafond mensuel de la sécurité sociale, SRAP = Sans reste à payer.			
(*) remboursements limités aux dépenses engagées et effectués dans le respect des contrats responsables.			
(**) 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 <a href="http://annuaire.sante.ameli.fr">annuaire.sante.ameli.fr</a> est à la disposition de tous.			
[1] 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 maximums fixés.			
[2] Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les 2 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 2 ans ou de 1 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 1 <sup>er</sup> 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.			
[3] Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux conditions générales.			
[4] Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.			
[5] 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.			

## Article 4 | **Modification des cas de maintien des garanties**

L'article 5.3.2 de l'accord du 15 septembre 2015 intitulé « Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé », est modifié comme suit :

« Les garanties prévues par le présent régime sont maintenues au profit du salarié dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle il bénéficie d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières ou d'une rente d'invalidité, complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur.

Les garanties sont également maintenues aux bénéficiaires d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (dont activité partielle et autre congés rémunérés...).

Pour les salariés en suspension du contrat de travail bénéficiant d'un maintien de garanties, la base de calcul des cotisations est égale au montant de l'indemnisation perçue dans le cadre de la suspension du contrat de travail.

Dans ces différents cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes (salariales et patronales).

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires prévues dans le tableau de l'article 6.1 dénommé "droits de suite." »

## Article 5 | Taux de cotisations

L'article 6.1 de l'accord du 15 septembre 2015 est modifié comme suit :

« Les présents tableaux de cotisations annulent et remplacent les tableaux applicables précédemment.

### Régime général

	Salarié seul et contrat suspendu	Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	Affiliation par enfant à charge <sup>[1]</sup>
Base obligatoire	0.95 %	+ 1.09 %	+ 0.54 %
Niveau 1 facultatif en surcoût de la base	+ 0.61 %	+ 0.70 %	+ 0.37 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base	+ 1.14 %	+ 1.31 %	+ 0.68 %
Base + Niveau 1 obligatoire	1.45 %	+ 1.67 %	+ 0.85 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base + Niveau 1	+ 0.45 %	+ 0.52 %	+ 0.26 %
Base + Niveau 2 obligatoire	1.81 %	+ 2.08 %	+ 1.05 %

[1] Gratuité au 3<sup>e</sup> enfant.

### Régime Alsace-Moselle

	Salarié seul et contrat suspendu	Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin	Affiliation par enfant à charge <sup>[1]</sup>
Base obligatoire	0.48 %	+ 0.55 %	+ 0.27 %
Niveau 1 facultatif en surcoût de la base	+ 0.61 %	+ 0.70 %	+ 0.37 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base	+ 1.14 %	+ 1.31 %	+ 0.68 %
Base + Niveau 1 obligatoire	0.96 %	+ 1.11 %	+ 0.57 %
Niveau 2 facultatif en surcoût de la base + Niveau 1	+ 0.45 %	+ 0.52 %	+ 0.26 %
Base + Niveau 2 obligatoire	1.32 %	+ 1.52 %	+ 0.78 %

[1] Gratuité au 3<sup>e</sup> enfant.

La répartition globale employeur/salarié est de 55,6 % employeur, 44,4 % salarié sur la base obligatoire salarié.

En cas de majoration pour déséquilibre technique, la hausse de cotisation qui s'ensuivrait serait répartie entre part patronale et part salariale de sorte que cette répartition globale entre part patronale et salariale soit ramenée à 50 / 50.

	Régime Général			Régime Alsace-Moselle		
	Base obligatoire	Base + niveau 1 obligatoire	Base + niveau 2 obligatoire	Base obligatoire	Base + niveau 1 obligatoire	Base + niveau 2 obligatoire
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité 1 <sup>re</sup> année	0,95 %	1,45 %	1,81 %	0,48 %	0,96 %	1,32 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin 1 <sup>re</sup> année	1,09 %	1,67 %	2,08 %	0,55 %	1,11 %	1,52 %
Affiliation par enfant à charge 1 <sup>re</sup> année	0,54 %	0,85 %	1,05 %	0,27 %	0,57 %	0,78 %
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité 2 <sup>e</sup> année	1,18 %	1,81 %	2,26 %	0,60 %	1,20 %	1,65 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin 2 <sup>e</sup> année	1,36 %	2,08 %	2,60 %	0,68 %	1,38 %	1,90 %
Affiliation par enfant à charge 2 <sup>e</sup> année	0,67 %	1,06 %	1,31 %	0,33 %	0,71 %	0,97 %
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité 3 <sup>e</sup> année	1,42 %	2,17 %	2,71 %	0,72 %	1,44 %	1,98 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin 3 <sup>e</sup> année	1,63 %	2,50 %	3,12 %	0,82 %	1,66 %	2,28 %
Affiliation par enfant à charge 3 <sup>e</sup> année	0,81 %	1,27 %	1,57 %	0,40 %	0,85 %	1,17 %
Contrat suspendu, licencié, invalide, préretraité, retraité au-delà de la 3 <sup>e</sup> année <sup>[2]</sup>	1,42 %	2,17 %	2,71 %	0,72 %	1,44 %	1,98 %
Affiliation facultative conjoint, pacsé, concubin au-delà de la 3 <sup>e</sup> année <sup>[2]</sup>	1,63 %	2,50 %	3,12 %	0,82 %	1,66 %	2,28 %
Affiliation par enfant à charge au-delà de la 3 <sup>e</sup> année <sup>[2]</sup>	0,81 %	1,27 %	1,57 %	0,40 %	0,85 %	1,17 %

[2] À piloter en fonction des résultats du régime.

## Article 6 | Entreprises concernées par l'avenant

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des détaillants en chaussures quel que soit leur effectif.

La branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Aussi, dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que



l'objet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

#### **Article 7 | Effet. Durée. Extension**

Le présent avenant prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il est conclu pour une durée maximale de 5 ans.

La partie la plus diligente des organisations signataires en notifie le texte à l'ensemble des organisations représentatives à l'issue de la procédure de signature.

Le présent avenant fera l'objet d'une procédure de dépôt et d'extension en application des dispositions du code du travail en vigueur.

#### **Article 8 | Révision. Dénonciation**

La révision pourra prendre effet dans les conditions prévues par le code du travail.

L'avenant pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires moyennant le respect d'un préavis de 3 mois conformément aux dispositions du code du travail.

Les modalités de dénonciation sont fixées conformément au code du travail. Les nouvelles négociations devront être engagées dans les 3 mois suivant la signification de la dénonciation.

*Fait à Paris, le 21 octobre 2021.*

(Suivent les signatures.)