
Brochure n° 3363 | Convention collective nationale

IDCC : 2785 | **SOCIÉTÉS DE VENTES VOLONTAIRES
DE MEUBLES AUX ENCHÈRES PUBLIQUES ET DES OFFICES
DE COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES**

Avenant n° 3 du 22 novembre 2021

à l'accord du 28 septembre 2015
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2151239M

IDCC : 2785

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

CPJ CNCJ ;

SYMEV ;

SOPVEM,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FS CFDT ;

FSE CGT ;

SPCPSVV CFE-CGC ;

FESSAD UNSA,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation ont souhaité faire évoluer à la hausse les garanties optiques et dentaires du régime frais de santé mis en place dans la branche par l'accord du 28 septembre 2015 suite aux bons résultats du régime et sans surcoût de cotisations.

Les garanties sont modifiées conformément au tableau figurant à l'article 1^{er} qui remplace le précédent tableau de garantie.

Article 1^{er} | Tableau des garanties

L'article 5 de l'accord du 28 septembre 2015 relatif à la définition des garanties du régime frais de santé est modifié comme suit :

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)			
Frais de séjour			
En établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires			
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée * et non conventionné	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier (2)			
Forfait non remboursé SS sans limitation de durée	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Chambre particulière (3) non remboursé SS y compris maternité	30 €/ jour ou nuitée	60 €/ jour ou nuitée	80 €/ jour ou nuitée
Lit d'accompagnant (3) non remboursé SS (bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans)	30 €/nuitée	45 €/nuitée	60 €/nuitée
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)	-	100 €/enfant	150 €/enfant
DENTAIRE auprès d'un professionnel			
Soins et prothèses « 100 % Santé ** »			
À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer (5)	Sans reste à payer (5)	Sans reste à payer (5)
Soins autres que 100 % Santé			
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Inlay/onlay remboursés SS	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Prothèses autres que « 100 % Santé » :			
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	150% BR	250% BR	375% BR
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées SS (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	150% BR	250 % BR	375% BR
Prothèses dentaires non remboursées SS – par acte dans la limite de 3 actes / an / bénéficiaire : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes), réparations sur prothèses fixes	165,00 €	265,00 €	400,00 €
DENTAIRE (suite)			
Implantologie			
Implant (forfait/an/bénéficiaire)	-	150 €	300 €
Orthodontie			

Orthodontie remboursée SS (forfait/semestre de traitement/bénéficiaire)	125 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthodontie non remboursée SS (forfait/semestre de traitement/bénéficiaire) max : 4 semestres de traitement/bénéficiaire	-	-	200 % BRR
OPTIQUE (7) (Équipement = 1 monture + 2 verres)			
Renouvellement tous les 2 ans à compter du 16 ^{ème} anniversaire Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales			
Équipement « 100 % Santé » ** (classe A ***)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)
Y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)
Y compris supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)
Équipement autre que « 100 % Santé » (classe B ***) (8) :			
Par verre simple - par bénéficiaire *****	75 €	75 €	150 €
Par verre complexe - par bénéficiaire *****	90 €	112,50 €	217,50 €
Par verre très complexe - par bénéficiaire *****	90 €	112,50 €	217,50 €
Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans *****	100 €	100 €	100 €
Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans *****	80 €	100 €	100 €
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B (définies dans les conditions générales) dans la limite des PLV	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles			
Lentilles prescrites remboursées SS (forfait/an/bénéficiaire)	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 200 €
Lentilles prescrites y compris jetables, non remboursées SS (forfait/an/bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (par oreille)			
Aides auditives jusqu'au 31/12/2020			
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	150 % BR	200 % BR	250 % BR
À compter du 01/01/2021 (Renouvellement par appareil tous les 4 ans)			
Équipement « 100 % Santé » ** (classe I ****)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)	Sans reste à payer (6)
Équipement autre que « 100 % Santé » (classe II ****) :			
Plafond : par aide auditive (hors accessoires) y compris remboursement SS	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité *****	122 % BR	122 % BR	122 % BR
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Accessoires et fournitures	150 % BR	200 % BR	250 % BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Honoraires médicaux			
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste :			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % BR	120 % BR	150 % BR

• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	120 % BR	200 % BR	250 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux :			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	120 % BR	150 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % BR	100 % BR	130 % BR
• Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % DE	100 % DE	100 % DE
Actes d'imagerie médicale :			
• Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	120 % BR	150 % BR
• Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée *	100 % BR	100 % BR	130 % BR
• Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	120 % BR	150 % BR
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Frais de transport sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cures thermales			
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique,	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal pour les cures prises en charge SS (forfait global/an/bénéficiaire)	-	150 €	200 €
Médicaments			
Médicaments remboursés SS à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés SS à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés SS à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Contraception non remboursée SS sur prescription médicale. (forfait/an/bénéficiaire)	15 €	15 €	30 €
Médicaments prescrits non remboursés SS (forfait/an/bénéficiaire)	-	20 €	40 €
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée SS			
Ostéopathie : sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel (max : 3 séances/an/bénéficiaire)	15 €/séance	20 €/séance	30 €/séance
Actes de prévention remboursés SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Services			
Assistance	Incluse	Incluse	Incluse
Tiers-Payant	Prévu	Prévu	Prévu

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).

(*) **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 maximums fixés.

(***) Voir la liste réglementaire des options des listes A et des listes B dans les conditions générales.

(****) Voir la liste réglementaire des options des listes 1 et des listes 2 dans les conditions générales.

(*****) Y compris le remboursement de la sécurité sociale.

(*****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20 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 spécialisé, 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 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 premier 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.

(8) Verre simple	verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptrie,
	verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
	verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
(8) Verre complexe	verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
	verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
	verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
	verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
	verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
	verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
	verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
(8) Verre très complexe	verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
	verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
	verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
	verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Article 2 | Durée de l'accord. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Il est également convenu de solliciter l'extension de l'accord.

Article 4 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de cinquante salariés.

Fait à Paris, le 22 novembre 2021.

(Suivent les signatures.)