

Brochure n° 3327 | Convention collective nationale

IDCC : 2697 | **PERSONNELS DES STRUCTURES ASSOCIATIVES
CYNÉGÉTIQUES**

Avenant n° 7 du 8 décembre 2022
relatif au régime de complémentaire santé

NOR : ASET2350005M

IDCC : 2697

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

SNCF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

UPTEC UNSA ;

SNPFDC FGTA FO,

d'autre part,

Après avoir relevé que :

- le 7 décembre 2006, un accord collectif professionnel relatif au régime complémentaire santé des salariés relevant de la convention collective nationale des personnels des structures associatives cynégétiques a été signé par les parties, en application de l'article 5.3 de la convention collective et modifié par avenants en date du 27 mars 2012, du 6 décembre 2013, du 18 novembre 2014, du 15 décembre 2015, du 20 décembre 2016, et du 29 janvier 2020 ;
- et après consultation et décision de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

Il a donc été décidé et convenu ce qui suit, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

Article 1^{er} | Champ d'application

L'article 1^{er} « Champ d'application » de l'accord du 7 décembre 2006, tel que modifié par les avenants n° 2 et 5 est révisé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 1.1. Champ d'application

Le présent accord s'applique aux personnels des fédérations régionales, départementales et interdépartementales ainsi qu'à ceux des associations et groupements ayant une activité d'ordre cynégétique employant du personnel et dont les ressources de fonctionnement proviennent pour plus de 75 % des subventions versées par une ou

plusieurs fédérations départementales, régionales et nationale des chasseurs. Ces organismes sont désignés par les termes "les (ou des) fédérations".

La fédération nationale des chasseurs de France, la fondation nationale pour la protection des habitats de la faune sauvage, l'union nationale des fédérations départementales de chasseurs et le syndicat national des chasseurs de France sont désignés par les termes "les organismes nationaux".

Leurs salariés sont affiliés obligatoirement à un contrat collectif de garanties de "frais médicaux" complémentaire.

1.2. Bénéficiaires et adhésion obligatoire

L'adhésion est obligatoire pour tous les salariés, sans condition d'ancienneté.

Cependant, les salariés pourront se prévaloir des cas de dispenses d'adhésion d'ordre public prévus par les articles L. 911-7, L. 911-7-1 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions de l'article D. 911-5 du même code.

Par ailleurs, les salariés suivants peuvent être dispensés d'adhérer au régime :

- les salariés à durée déterminée et les apprentis, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette aide.
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.
- les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en qualité d'ayants droit, d'une couverture collective de remboursement de frais médicaux servie :
 - dans le cadre d'un dispositif de protection sociale complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 de code de la sécurité sociale.

S'agissant des couples de salariés au sein de la même structure associative, dans la mesure où les conjoints tels que définis par le contrat d'assurance collective peuvent bénéficier à titre optionnel de la couverture collective des salariés, les deux membres du couple ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre, les salariés en couple devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de la structure dont ils relèvent, et indiquer à cette occasion quel membre du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime obligatoire ;

- par le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- par le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

- dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- le régime spécial des gens de mer (ENIM) ;
- dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelles ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Les salariés qui souhaitent être dispensés d'adhésion en application de l'un de ces cas de dispense, devront en faire la demande par écrit auprès de l'employeur en produisant les justificatifs nécessaires. À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

Par ailleurs, les salariés souhaitant bénéficier d'une dispense d'adhésion sont informés que pour l'ensemble de la période concernée par le cas de dispense, ils renoncent :

- à prétendre aux prestations du régime tant pour eux-mêmes que pour leurs ayants droit le cas échéant ;
- à percevoir, de quelque façon que ce soit, la contribution patronale à ce régime ;
- au bénéfice de la portabilité en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (art. L. 911-8 du code de la sécurité sociale) ;
- au maintien des garanties prévu dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi "Évin".

1.3. Salariés dont le contrat de travail est suspendu

Conformément à la doctrine administrative, l'adhésion des salariés et, le cas échéant, des ayants droit, est maintenue en cas de suspension indemnisée de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, ce qui vise notamment :

- les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité, à un accident donnant lieu à un maintien total ou partiel de salaire, ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- les périodes indemnisées d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée, ainsi que les périodes de congé rémunéré par l'employeur, à savoir notamment les congés de reclassement ou de mobilité.

L'employeur et le salarié verseront leur contribution selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le salarié avec application de l'assiette de cotisations prévue par le contrat d'assurance dans le respect de la doctrine administrative.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières, ni d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, ne bénéficieront pas du maintien du régime. Toutefois, ces salariés auront la possibilité de continuer à adhérer au régime, pendant cette période la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). »

Article 2 | Taux de cotisations

L'article 2 « Taux de cotisation » de l'accord du 7 décembre 2006, et l'article 3 tel que modifié par le avenants n° 1, 2, 3, 5 et 6 s'agissant du montant de la cotisation (prévu notamment dans

le tableau de garanties) et de la structure des cotisations sont révisés et remplacés par les dispositions suivantes :

« 2.1. Taux de cotisation

Le taux de cotisation du régime obligatoire dont bénéficie le salarié et ses enfants tels que définis par le contrat d'assurance souscrit est fixé, à compter du 1^{er} janvier 2023, à 2,48 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Par ailleurs, en complément des garanties collectives de "frais de santé", une garantie "Assistance" est mise en place à titre obligatoire, dont le taux de cotisation est fixé à 0,83 € par mois et par salarié.

2.2. Répartition

Les cotisations afférentes au régime obligatoire sont réparties, conformément à la convention collective nationale des personnels des structures associatives cynégétiques, de la façon suivante :

- 90 % à la charge de l'employeur ;
- 10 % à la charge du salarié.

2.3. Évolution des cotisations

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'employeur et les salariés. »

Article 3 | *Organismes assureurs et garanties*

L'article 3 de l'accord du 7 décembre 2006, tel que modifié les avenants n° 1, 2, 3, 4 et 6 est révisé de la manière suivante :

« L'organisme assureur labellisé par les partenaires sociaux pour assurer l'offre de référence prise en application du présent accord est la société d'assurance Axa.

Les garanties telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du présent régime sont résumées, à titre d'information, dans le tableau des garanties. Toutefois, elles ne constituent pas un engagement pour l'entreprise qui n'est tenue qu'au seul paiement des cotisations et, *a minima*, au respect de ses obligations légales et réglementaires en vigueur. Elles relèvent, en conséquence, de la seule responsabilité de l'organisme assureur tout comme les modalités, limitations et exclusions de garantie. »

Article 4 | *Révision du choix de l'organisme assureur*

L'article 5 de l'accord du 7 décembre 2006 est révisé de la manière suivante :

« La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation devra, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans, réexaminer le choix de l'organisme assureur et de l'intermédiaire gestionnaire désignés. À cet effet, elle se réunira 6 mois avant l'échéance, à l'initiative de la partie la plus diligente. Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement, par accord paritaire, de l'un ou de la totalité des différents contrats de garanties collectives. Un nouvel accord matérialisera le changement d'organisme assureur ou d'intermédiaire et la souscription du nouveau contrat. »

Article 5 | *Dépôt et publicité*

Le présent avenant s'incorpore à l'accord du 7 décembre 2006 et est conclu pour une durée indéterminée. Il prendra effet le 1^{er} janvier 2023.

Conformément aux dispositions des articles L. 2231-6, L. 2261-1, L. 2262-8, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le présent avenant sera déposé, par la partie la plus diligente, en deux exemplaires, dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique, auprès de services centraux du ministre chargé du travail, ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes compétent.

Il pourra être révisé ou dénoncé dans les mêmes conditions que l'accord collectif du 7 décembre 2006 auquel il se rapporte (articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivants et L. 2222-6 et L. 2261-9 et suivants du code du travail), selon les modalités ci-après définies.

Chaque organisation syndicale signataire ou adhérente pourra demander à tout moment la révision du présent accord. La demande de révision doit être notifiée aux autres signataires et adhérents par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit spécifier les articles auxquels elle s'applique et préciser le nouveau texte que la partie demanderesse propose d'y substituer, sous réserve du respect de l'article L. 2261-7 du code du travail.

Les négociations débuteront le plus rapidement possible, et au plus tard dans un délai de 2 mois après la date de réception de la demande de révision.

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) étudiera toute modification ou révision de l'accord.

Les modifications soumises à la CPPNI et décidées par celle-ci, devront donner lieu à des avenants, conclus conformément aux dispositions légales, qui se substitueront de plein droit aux dispositions du présent accord qu'ils modifient ou complètent.

Chaque partie signataire peut dénoncer le présent accord. La dénonciation par l'une des parties signataires doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires et faire l'objet d'un dépôt conformément aux dispositions du code du travail.

Cette dénonciation prendra effet 3 mois après réception de cette demande.

Si la dénonciation émane de la totalité des signataires employeurs ou des signataires salariés, l'accord dénoncé continue de produire effet jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord qui lui est substitué ou, à défaut, pendant une durée de 1 an à compter de l'expiration du préavis de 3 mois.

Fait à Issy-les-Moulineaux, le 8 décembre 2022.

(Suivent les signatures.)

Annexe Grille de garanties du régime frais de santé

	BASE	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Psychiatrie)		
• Frais de séjour	100%FR -SS ou MSA	
• Frais de séjour [Secteur non conventionné]	90%FR maxi 400%BR	
• Honoraires	Rbt MSA + TM + 300%BR	Rbt MSA+ TM + 100%BR
• Forfait journalier hospitalier	100% FR	
• Ticket modérateur forfaitaire	100%FR -SS ou MSA	
• Chambre particulière [y compris maternité]	3% PMSS/jour	
• Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	40€/jour limité à 60 jours par an	
SOINS COURANTS		
• Honoraires médicaux : généraliste et spécialiste	Rbt MSA + TM + 100% BR	Rbt MSA + TM + 80% BR
• Honoraires médicaux : radiologie, imagerie médicale	Rbt MSA + TM + 100% BR	Rbt MSA + TM + 80% BR
• Honoraires médicaux : petite chirurgie, actes de spécialité	Rbt MSA + TM + 100% BR	Rbt MSA + TM + 80% BR
• Transport médical	100% FR - SS ou MSA	
• Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux	200% BR	
• Analyses et examens de laboratoire	200% BR	
• Médicaments	TM	
• Matériel médical : appareillages et accessoires	300% BR	
• Matériel médical : orthopédie	300% BR	
• Fournitures médicales/pansements	100% FR	
• Densitométrie osseuse	75 € par an et par bénéficiaire	
• Test HPV (dépistage des virus impliqués dans le cancer de l'utérus)	300% BR (tous les 3ans)	
• Sevrage tabagique (bénéficiaire 16 ans et plus)	50% des Frais Réels maxi 100 € au Total	
• Consultation diététicien enfant moins de 12 ans	100% FR limité à 30 € / consultation max 2 séances par an	
AIDES AUDITIVES		
1 appareil par oreille / 4ans		
Prestations du PANIER 100% SANTE :		
• Aide auditive (disponible à compter du 1/1/2021)	100% du Prix Limite de Vente (PLV) - RSS ou MSA	
Equipement du PANIER LIBRE :		
• Aide auditive (prothèse auditive)	1700 € maximum- RSS ou MSA/ oreille	
OPTIQUE		
Une paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction visuelle et pathologies définies par le législateur et sauf pour -16 ans		
Prestations du PANIER 100% SANTE :		
Monture, Verre & examen visuel	100% du PLV - RSS ou MSA	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% du PLV - RSS ou MSA	
Prestations du PANIER LIBRE :		
• Monture	100€ - RSS ou MSA	
• Verre	Consulter la grille optique	
• Lentilles de contact remboursées ou non par la SS ou MSA	10% PMSS/an/bénéficiaire (TM garanti au-delà du forfait)	
• Chirurgie réfractive tous défauts visuels [non remboursée par la SS ou MSA]	305 €/œil/an/bénéficiaire	

DENTAIRE	
Prestations du PANIER 100% SANTE :	
• Soins et prothèse dentaire	100% de l'HLF - RSS ou MSA
Prestations des PANIERS LIBRE & MAITRISE :	Plafond dentaire de 100% PMSS/an/Bénéficiaire (hors implantologie)
• Soins dentaires dont parodontologie	200% BR (si plafond atteint Rbt MSA + TM)
• Parodontologie non remboursée	
- Curetage : surfaçage - Greffe gingivale - Allongement coronaire - Lambeau	144,60 € par séance (maxi 2 séances par an / bénéficiaire) 430 € (maxi une greffe par an / bénéficiaire) 72,30 € par intervention (4 interventions max / an / bénéficiaire) 215 € (max 4 interventions par an / bénéficiaire)
• Inlay/onlay	200% BR (si plafond atteint Rbt MSA + TM) limité à 100% de l'HLF* - RSS ou MSA pour le panier maîtrisé
• Prothèse dentaire dont inlay core	420% BR (si plafond atteint rbt MSA+ TM+ 25% BR) limité à 100% de l'HLF* - RSS ou MSA pour le panier maîtrisé
• Prothèse dentaire provisoire fixe non remboursée par la SS ou MSA	430 €
• Bridge sur dent saine [non remboursé par la SS]	540 €
• Orthodontie : analyse, semestre, contention	300% BR (si plafond atteint Rbt MSA + TM + 25% BR)
• Orthodontie : analyse, semestre, contention [non remboursée par la SS]	580,50 € par semestre maxi 4 semestres consécutifs
• Implant dentaire : maxi 3/an/personne - pose de l'implant [non remboursé par la SS] - faux moignon implantaire [non remboursé par la SS] - couronne	670 € 230 € 540 €
MEDECINE DOUCE [non remboursée par la SS] par un praticien ayant un n°ADELI ou FINESS	
• Ostéopathe, Acupuncteur, Chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, nutritionniste, psychologue, homéopathe	forfait 300 €/an/bénéficiaire
AUTRES SOINS	
• Frais d'obsèques : Assuré, conjoint, concubin, pacsé, enfant limité aux frais réels pour les enfants de moins de 12 ans	100% PMSS
• Cure thermique : transport et hébergement (21 jours maximum)	25% PMSS dans la limite des frais restant à charge
• Forfait naissance simple/adoption	20% PMSS
• Forfait naissance multiple/adoption	40% PMSS
PREVENTION [non remboursée par la SS]	
• Vaccins prescrits	Frais réels
• Vaccins non prescrits	6%PMSS/an/bénéficiaire
• Médicaments homéopathiques prescrits	60 € /an /bénéficiaire
• Connecteur Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres sur prescription médicale	100 €/an/bénéficiaire
• Prise en charge du sport sur ordonnance pour les assurés ALD	200 €/an/bénéficiaire
SERVICE COMPLEMENTAIRE	
• Assistance	N° Tél 01 40 25 57 74 - N° Convention : 921215/ 921089 - MERCER ASSISTANCE

FR : Frais réels

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (tarif fixé par la Sécurité sociale sur lequel celle-ci calcule son remboursement)

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale qui correspond au salaire de référence fixé chaque année par la Sécurité sociale et qui sert de référence pour déterminer certaines prestations
(valeur 2019 : 3 377 €)

TM: Ticket modérateur (différence entre la base de remboursement Sécurité sociale à 100% et son remboursement effectif)

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, nouvelle dénomination du **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins (Pour savoir si votre médecin est DPTAM rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>)

* Le secteur non conventionné est considéré comme du non OPTAM

PLV : Prix limite de vente imposé par la législation - pas de reste à charge

HLF : Honoraires limites de facturation imposé par la législation - équivalent du PLV pour les dentistes - pas de reste à charge

ADULTE

Montant Equipement		Base
SIMPLES	Avec verres unifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère entre -6 et 6 - Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6 	418 Euros - MR
	Avec verres unifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère hors zone -6 et 6 - Sphérocyindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6 	546 Euros - MR
COMPLEXES	Avec verres multifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère entre -4 et 4 - Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8 	672 Euros - MR
	Avec verres multifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8 	700 Euros - MR
TRES COMPLEXES		
dont Monture		100 Euros - MR

ENFANT

Montant Equipement		Base
SIMPLES	Avec verres unifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère entre -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 6 	354 Euros - MR
	Avec verres unifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère hors zone -6 et 6 - Sphérocyllindrique entre -6 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique inf -6 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 6 	482 Euros - MR
COMPLEXES	Avec verres multifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère entre -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre inf = 4 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) inf = 8 	608 Euros - MR
	Avec verres multifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8 	700 Euros - MR
TRES COMPLEXES	Avec verres multifocaux <ul style="list-style-type: none"> - Sphère hors zone -4 et 4 - Sphérocyllindrique entre -8 et 0 et Cylindre > 4 - Sphérocyllindrique < -8 et Cylindre sup = 0,25 - Sphérocyllindrique > 0 et (Sphère + Cylindre) > 8 	700 Euros - MR
dont Monture		100 Euros - MR