

Accord du 14 décembre 2023
relatif au régime professionnel de frais de santé

NOR : ASET2450128M

IDCC : 538

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

SAMERA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTE CFDT ;

FNPD CGT ;

FEETS FO ;

USPDA CGT ;

Sud rail,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Considérant la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi instaurant la généralisation de la couverture complémentaire santé les partenaires sociaux de la branche manutention ferroviaire et travaux connexes ont instauré par un accord collectif du 29 juin 2015 une couverture collective minimale de frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2016.

L'accord du 21 mars 2018 est venu remplacer l'accord précité ainsi que l'ensemble des modifications dont il avait fait l'objet afin notamment de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires.

L'accord du 9 juillet 2020 est venu modifier l'accord du 21 mars 2018 précité dans le sens d'une amélioration des garanties du régime complémentaire socle (obligatoire) et d'une simplification des régimes complémentaires optionnels (en intégrant les garanties de l'option 1 dans le régime socle amélioré).

Dans le cadre des évolutions réglementaires des dispositifs frais de santé du régime général, les partenaires sociaux réunis au sein de la commission paritaire de suivi et de pilotage complé-

mentaire santé manutention ferroviaire ont le 14 décembre 2023 souhaité adapter les garanties du régime conventionnel.

En conséquence, il est convenu par le présent accord du 14 décembre 2023 :

- de modifier l'annexe I relative à la description des garanties du régime complémentaire socle et l'annexe II relative au régime complémentaire optionnel ;
- de modifier l'annexe III relative au taux de cotisation mensuelle.

Article 1^{er} | *Modification des annexes I et II relatives aux garanties du régime complémentaire (socle et option)*

Les annexes I et II de l'accord du 21 mars 2018 lui-même amendé par l'accord du 9 juillet 2020 sont modifiées pour prendre en compte l'adaptation des garanties du régime complémentaire frais de santé de la CCN manutention ferroviaire et travaux connexes.

Les tableaux des garanties du régime socle et du régime optionnel à la date d'application de l'accord du 14 décembre 2023 relatif au régime complémentaire santé de la branche figure en annexes I et II du présent accord.

Article 2 | *Modification de l'annexe III relative aux taux de cotisation mensuelle*

L'annexe III relative aux taux de cotisation mensuelle est modifiée comme indiqué ci-après en annexe III du présent accord du 14 décembre 2023.

Article 3 | *Absence de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés*

Afin de privilégier la couverture pour tous et de préserver la mutualisation du régime, et a fortiori en raison de la nature des stipulations qu'il révisé, le présent accord ne comporte aucune disposition spécifique au titre de l'article L. 2232-10-1 du code du travail pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4 | *Dispositions relatives au renouvellement, à la révision ou dénonciation du présent accord*

Conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-10 du code du travail, les parties signataires précisent que le présent accord pourra être révisé ou dénoncé dans les conditions définies l'article 2 puis 41 des dispositions communes de la CCN manutention ferroviaire et travaux connexes, et qu'elles envisageront son renouvellement dans le cadre des travaux paritaires organisés au sein de la CPPNI de la branche.

Article 5 | *Entrée en vigueur*

Le présent accord est conclu, pour une durée indéterminée.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 2261-1 du code du travail, les dispositions du présent accord entrent en application à partir du premier jour du mois qui suivra la parution au *Journal officiel* de l'arrêté d'extension le concernant.

Article 6 | *Dépôt de l'accord. Extension*

Le présent accord sera déposé par le syndicat des auxiliaires de la manutention et de l'entretien pour le rail et l'air auprès du ministère du travail et de l'emploi, direction générale du travail dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Il fera l'objet d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2261-15, L. 2261-19 et L. 2261-24 du même code.

Fait à Paris, le 14 décembre 2023.

(Suivent les signatures.)

Annexes

Annexe I Tableau des garanties du régime socle

	Base conventionnelle Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale
Soins courants	
Consultations et visites - OPTAM	
Médecins généralistes	180% de la BR
Médecins spécialistes	300% de la BR
Consultations et visites - Hors OPTAM ou non conventionné	
Médecins généralistes	160% de la BR
Médecins spécialistes	200% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux - OPTAM	150% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux - Hors OPTAM	130% de la BR
Auxiliaires médicaux	100% de la BR
Actes d'imagerie - OPTAM	100% de la BR
Actes d'imagerie - Hors OPTAM	100% de la BR
Analyses et examens de laboratoire	100% de la BR
Pharmacie remboursée à 30% ou 65% par la SS	100% de la BR
Pharmacie remboursée à 15% par la SS	-
Véhicule pour handicapé physique	200% de la BR
Orthopédie (orthèses, attelles,...)	150% de la BR
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors prothèses dentaire et auditive)	100% de la BR
Hospitalisation	
Honoraires chirurgicaux, actes de chirurgie - OPTAM	300% de la BR
Honoraires chirurgicaux, actes de chirurgie - Hors OPTAM	200% de la BR
Forfait journalier hospitalier ¹	Prise en charge intégrale
Frais de séjour dans un établissement conventionné	100% de la BR
Frais de séjour dans un établissement non conventionné	100% de la BR
Chambre particulière par jour	75 €
Frais d'accompagnant par jour pour enfant de moins de 16 ans	10 €
Forfait actes lourds	Prise en charge intégrale
Dentaire	
Soins dentaires	100% de la BR
Soins et prothèses 100% Santé	Prise en charge intégrale
Prothèses dentaires	
Actes prothétiques remboursés par la SS du panier à tarifs maîtrisés	320% de la BR
Actes prothétiques remboursés par la SS du panier à tarifs libres	370% de la BR
Actes prothétiques NON remboursés par la SS (par an et par bénéficiaire)	-
Implantologie (par an par bénéficiaire)	-
Orthodontie remboursée par la SS	400% de la BR
Orthodontie NON remboursée par la SS (par an par bénéficiaire)	-

Base conventionnelle	
Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale	
Optique	
1 équipement tous les 2 ans à partir de 16 ans, tous les ans avant 16 ans. La durée peut être réduite si évolution de la vue	
Équipement 100% Santé	
Monture + 2 verres de tous types (classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Équipement du panier à tarifs libres (classe B)	
Monture	Réseau : 75 € / Hors réseau : 50 €
2 verres simples	Réseau : 200 € / Hors réseau : 180 €
1 verre simple + 1 verre complexe	Réseau : 300 € / Hors réseau : 270 €
2 verres complexes	Réseau : 400 € / Hors réseau : 360 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	Réseau : 425 € / Hors réseau : 415 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	Réseau : 525 € / Hors réseau : 505 €
2 verres très complexes	Réseau : 650 € / Hors réseau : 650 €
Prestation d'adaptation (en cas de modification de la vue, sur présentation d'une ordonnance)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) ²	100% du RSS + 100€
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables, par an et par bénéficiaire)	-
Chirurgie réfractive (par œil et par bénéficiaire)	-
Aide auditive	
Équipement 100% Santé	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Aide auditive à prix libres (remboursées par la SS, par appareil)	300% de la BR
Prévention et médecine douce	
Forfait global par an et par bénéficiaire	25€ par séance (max 3 séances)
Acupuncture, ostéopathie, chiropractie, étiopathie, diététicien, psychomotricien, psychologue	
Sevrage tabagique prescrit	90 € par an
Pilules et patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par la SS	40 € par an
Dépistage du cancer du côlon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test)	10 € par an
Dépistage du cancer du côlon non remboursé	15 € par an
Dépistage du cancer du poumon	100% de la BR
Dépistage du cancer du sein par échographie mammaire	100% de la BR
Divers	
Cures thermales remboursées par la SS par an par bénéficiaire	-
Chambre particulière (par jour) en maternité	30 €
Allocation naissance (par enfant)	-
Transport (remboursé par la SS)	100% de la BR
Assistance vie quotidienne	Inclus
Réseaux de soins	Inclus

1. Prise en charge limitée au forfait en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement.

2. Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, le ticket modérateur continuera d'être pris en charge à 100% par le contrat pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale.

*: Tels que définis règlementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **HLF** - Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de paiement de l'équipement.

Annexe II Tableau des garanties du régime optionnel

Régime optionnel	
Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et par la base conventionnelle	
Soins courants	
Consultations et visites - OPTAM	
Médecins généralistes	200% de la BR
Médecins spécialistes	350% de la BR
Consultations et visites - Hors OPTAM ou non conventionné	
Médecins généralistes	180% de la BR
Médecins spécialistes	200% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux - OPTAM	150% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux - Hors OPTAM	130% de la BR
Auxiliaires médicaux	100% de la BR
Actes d'imagerie - OPTAM	150% de la BR
Actes d'imagerie - Hors OPTAM	130% de la BR
Analyses et examens de laboratoire	100% de la BR
Pharmacie remboursée à 30% ou 65% par la SS	100% de la BR
Pharmacie remboursée à 15% par la SS	100% de la BR
Véhicule pour handicapé physique	200% de la BR
Orthopédie (orthèses, attelles,...)	300% de la BR
Autre matériel médical remboursé par la SS (hors prothèses dentaire et auditive)	100% de la BR
Hospitalisation	
Honoraires chirurgicaux, actes de chirurgie - OPTAM	350% de la BR
Honoraires chirurgicaux, actes de chirurgie - Hors OPTAM	200% de la BR
Forfait journalier hospitalier ¹	Prise en charge intégrale
Frais de séjour dans un établissement conventionné	150% de la BR
Frais de séjour dans un établissement non conventionné	150% de la BR
Chambre particulière par jour	100 €
Frais d'accompagnant par jour pour enfant de moins de 16 ans	30 €
Forfait actes lourds	Prise en charge intégrale
Dentaire	
Soins dentaires	100% de la BR
Soins et prothèses 100% Santé	Prise en charge intégrale
Prothèses dentaires	
Actes prothétiques remboursés par la SS du panier à tarifs maîtrisés	370% de la BR
Actes prothétiques remboursés par la SS du panier à tarifs libres	400% de la BR
Actes prothétiques NON remboursés par la SS (par an et par bénéficiaire)	10% du PMSS
Implantologie (par an par bénéficiaire)	15% du PMSS
Orthodontie remboursée par la SS	400% de la BR
Orthodontie NON remboursée par la SS (par an par bénéficiaire)	14% du PMSS

Régime optionnel	
Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale et par la base conventionnelle	
Optique	
1 équipement tous les 2 ans à partir de 16 ans, tous les ans avant 16 ans. La durée peut être réduite si évolution de la vue	
Équipement 100% Santé	
Monture + 2 verres de tous types (classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Équipement du panier à tarifs libres (classe B)	
Monture	Réseau : 100 € / Hors réseau : 100 €
2 verres simples	Réseau : 260 € / Hors réseau : 240 €
1 verre simple + 1 verre complexe	Réseau : 380 € / Hors réseau : 350 €
2 verres complexes	Réseau : 500 € / Hors réseau : 460 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	Réseau : 480 € / Hors réseau : 470 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	Réseau : 600 € / Hors réseau : 580 €
2 verres très complexes	Réseau : 700 € / Hors réseau : 700 €
Prestation d'adaptation (en cas de modification de la vue, sur présentation d'une ordonnance)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) ²	100% du RSS + 100€
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables, par an et par bénéficiaire)	300 €
Chirurgie réfractive (par œil et par bénéficiaire)	600 €
Aide auditive	
Équipement 100% Santé	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Aide auditive à prix libres (remboursées par la SS, par appareil)	500% de la BR
Prévention et médecine douce	
Forfait global par an et par bénéficiaire	45€ par séance (max 5 séances)
Acupuncture, ostéopathie, chiropractie, étiopathie, diététicien, psychomotricien, psychologue	
Sevrage tabagique prescrit	90 € par an
Pilules et patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par la SS	50 € par an
Dépistage du cancer du côlon non remboursé (dans le cadre de la généralisation du test)	10 € par an
Dépistage du cancer du côlon non remboursé	15 € par an
Dépistage du cancer du poumon	100% de la BR
Dépistage du cancer du sein par échographie mammaire	100% de la BR
Divers	
Cures thermales remboursées par la SS par an par bénéficiaire	100% du RSS + 500€
Chambre particulière (par jour) en maternité	100 €
Allocation naissance (par enfant)	10% du PMSS
Transport (remboursé par la SS)	100% de la BR
Assistance vie quotidienne	Inclus
Réseaux de soins	Inclus

1. Prise en charge limitée au forfait en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement.

2. Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, le ticket modérateur continuera d'être pris en charge à 100% par le contrat pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale.

*: Tels que définis règlementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **HLF** - Honoraires limites de facturation : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de paiement de l'équipement.

Annexe III Financement du régime

La cotisation du régime complémentaire socle est répartie à 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié.

La structure tarifaire pour le régime sera une cotisation « salarié ».

Pour mémoire, conformément aux stipulations de l'article 14 de l'accord complémentaire santé de branche 2 % des cotisations est dédié au financement des garanties collectives pour suivant un objectif de solidarité (« 2 % Fonds de solidarité »).

Les cotisations des bénéficiaires au titre de l'article 4 loi Évin doivent respecter les dispositions du décret du 21 mars 2017 au-delà de la période de 3 ans couverte par le décret.