

Brochure n° 3029 | Convention collective nationale

IDCC : 493 | **VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX
ET LIQUEURS DE FRANCE**

Avenant n° 1 du 29 mars 2024

à l'accord du 9 octobre 2020
relatif à un régime de complémentaire frais de santé

NOR : ASET2450495M

IDCC : 493

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

CNVS,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

SNCEA CFE-CGC ;

FGA CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses (IDCC 493) ont conclu le 9 octobre 2020 un accord instituant un régime obligatoire de remboursement des frais de santé afin d'apporter aux salariés de la branche des garanties de base en la matière.

Concomitamment, un accord relatif à un régime de prévoyance a également été conclu dans la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses.

Les partenaires sociaux rappellent l'importance de rendre la branche attractive en matière de protection sociale complémentaire à l'égard de l'ensemble des actuels et futurs collaborateurs, en leur assurant un accès aux garanties collectives définies par l'accord du 9 octobre 2020 modifié par le présent avenant, sans considération de leur âge ou de leur état de santé.

Les parties au présent avenant ont souhaité actualiser l'accord du 9 octobre 2020 relatif à un régime de complémentaire frais de santé en apportant notamment les modifications nécessaires à sa mise en conformité avec l'évolution des dispositions légales et réglementaires et à sa bonne compréhension.

Elles ont par conséquent convenu d'apporter les modifications suivantes aux articles 3 et 5 de l'accord du 9 octobre 2020 susvisé.

Article 1^{er} | Modification de l'article 3 « Prestations du régime de complémentaire frais de santé »

Afin de prendre en compte les modifications apportées par la loi et notamment celle de financement de la sécurité sociale pour 2023, certaines garanties minimales obligatoires et garanties du régime optionnel sont modifiées ou intégrées.

À toutes fins utiles, il est précisé que ces garanties ont été mises en place au sein des entreprises au fur et à mesure des évolutions législatives relatives au contrat responsable et au « 100 % santé », et ce dès leur entrée en vigueur.

Il est également précisé que le présent accord respecte les dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et des décrets et arrêtés pris pour son application. Toute évolution législative et réglementaire future des garanties et niveaux de remboursement dans le cadre des contrats responsables et du « 100 % santé » fera l'objet d'une application directe, sans qu'il ne soit nécessaire de la retranscrire dans un avenant à l'accord du 9 octobre 2020 relatif à un régime de complémentaire frais de santé.

Dans un souci de clarté, les tableaux de garanties modifiés sont annexés dans leur intégralité au présent avenant. Ces tableaux sont conformes au cahier des charges des contrats responsables et au « 100 % santé » à la date de signature du présent accord.

Article 1.1 | Modification de l'article 3.1 « Garanties minimales obligatoires »

Au sein de l'article 3.1, les garanties minimales obligatoires visées dans le tableau ci-dessous sont modifiées ou intégrées comme suit :

Hospitalisation (y compris obstétrique)	Régime de base conventionnel
Transport en ambulance remboursé par la SS	100 % TM
Forfait patient urgences (FPU)	Prise en charge intégrale
Garanties complémentaires	Régime de base conventionnel
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la sécurité sociale	100 % TM

Article 1.2 | Modification de l'article 3.2 « Garanties du régime optionnel »

Au sein de l'article 3.2, les garanties du régime optionnel visées dans le tableau ci-dessous sont modifiées comme suit :

Hospitalisation (y compris obstétrique)	Régime optionnel
Transport en ambulance remboursé par la SS	100 % TM
Forfait patient urgences (FPU)	Prise en charge intégrale
Garanties complémentaires	Régime optionnel
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la sécurité sociale	100 % TM

Article 2 | Modification de l'article 5 « Conditions de suspension et de cessation des garanties »

Article 2.1 | Modification de l'article 5.1 « Suspension des garanties »

Afin de prendre en compte les modifications apportées par l'administration pour le bénéfice du traitement social de faveur du financement patronal de la complémentaire santé, en cas de suspension du contrat de travail, le troisième paragraphe de l'article 5.1 est modifié comme suit :

« Toutefois, en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération, indemnisation (maintien total ou partiel de salaire, y compris sous forme d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur) ou revenu de remplacement (exemples : allocation d'activité partielle, congés rémunérés par l'employeur tels que le congé de remplacement ou le congé de mobilité, etc.), les garanties sont maintenues moyennant le versement par l'employeur et le salarié des cotisations correspondantes. »

Article 3 | Durée, entrée en vigueur et effets

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il s'incorpore à l'accord de branche du 9 octobre 2020 relatif à un régime de complémentaire frais de santé qu'il modifie.

À l'issue du délai prévu par l'article L. 2232-6 du code du travail pour l'exercice du droit d'opposition des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau de la branche non-signataires du présent accord, ce dernier entrera en vigueur le 1^{er} avril 2024 pour les employeurs membres ou adhérents des organisations signataires et pour les autres entreprises, le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'arrêté portant extension de ses dispositions aura été publié au *Journal officiel*.

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision ou d'une dénonciation dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur, notamment à l'article 8 de l'accord du 9 octobre 2020 que le présent avenant modifie, et dans le respect des dispositions légales.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée aux entreprises relevant de la branche et concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme, dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

Article 4 | Dépôt, extension et publicité

Conformément aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le présent accord collectif est notifié et déposé en deux exemplaires, auprès des services centraux du ministre chargé du travail, dont une version sur support papier ainsi qu'une version sur support électronique, et remis au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension auprès du ministre chargé du travail, de la santé et des solidarités.

En application de l'article L. 2231-5-1 du code du travail, le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale en ligne des accords collectifs.

Fait à Paris, le 29 mars 2024.

(Suivent les signatures.)

Annexe Tableau des garanties

Actes médicaux	Régime de base conventionnel	Régime optionnel ^[1]
Consultations et visites – médecins généralistes/spécialistes – adhérents aux DP-TAM	60 % BR	300 % BR
Consultations et visites – médecins généralistes/spécialistes – non adhérents aux DPTAM	40 % BR	200 % BR – RSS
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	300 % BR
Actes techniques d'imagerie médicale	60 % BR	300 % BR
Honoraires médecins radiologues – adhérents aux DPTAM	60 % BR	300 % BR
Honoraires médecins radiologues – non adhérents aux DPTAM	40 % BR	200 % BR – RSS
Auxiliaires médicaux	60 % BR	300 % BR
Actes de spécialistes – praticiens adhérents aux DPTAM	60 % BR	300 % BR
Actes de spécialistes – praticiens non adhérents aux DPTAM	40 % BR	200 % BR – RSS
Hospitalisation (y compris obstétrique)	Régime de base conventionnel	Régime optionnel^[1]
Frais de séjour – établissement conventionné	100 % FR – RSS	100 % FR – RSS
Frais de séjour – établissement non conventionné	100 % BR – RSS	100 % BR – RSS
Honoraires – praticiens adhérents aux DPTAM	300 % BR	100 % FR – RSS
Honoraires – praticiens non adhérents aux DPTAM	200 % BR – RSS	200 % BR – RSS
Soins post-opératoires	30 % BR	100 % FR – RSS
Forfait journalier hospitalier – sur la base du montant en vigueur à la date des soins, sans limitation de durée	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière – prise en charge limitée par année civile et par bénéficiaire à 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé, et à 60 jours en rééducation	70 € par jour	100 % FR
Lit accompagnant – uniquement en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge âgé de moins de 16 ans à la date des soins	25 € par jour	50 € par jour
Transport en ambulance remboursé par la sécurité sociale	100 % TM	100 % TM

Transport en ambulance non remboursé par la sécurité sociale	100 % BRR	100 % BRR
Forfait patient urgences (FPU)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Garanties complémentaires	Régime de base conventionnel	Régime optionnel^[1]
Matériel médical remboursé par la sécurité sociale (hors aide auditive et prothèse dentaire) – orthopédie/appareillage/prothèses	100 % BR	300 % BR
Frais pharmaceutiques	100 % TM	100 % TM
Forfait médicaments prescrits et non remboursés par la sécurité sociale	50 € par année civile et par bénéficiaire	100 € par année civile et par bénéficiaire
Vaccins remboursés par la sécurité sociale	35 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale – remboursement forfaitaire	50 € par année civile et par bénéficiaire	50 € par année civile et par bénéficiaire
Allocation maternité – allocation forfaitaire s'appliquant une seule fois en cas de naissance multiple	156,45 €	375,48 €
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale – remboursement forfaitaire	156,45 € par année civile et par bénéficiaire	375,48 € par année civile et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie – remboursement forfaitaire	50 € par année civile et par bénéficiaire	75 € par année civile et par bénéficiaire
Forfait global médecine douce (homéopathie, acupuncture, chiropractie, ostéopathie) – remboursement annuel limité en nombre et en montant en euros par prestation	3 fois 30 € par année civile et par bénéficiaire	5 fois 50 € par année civile et par bénéficiaire
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la sécurité sociale	100 % TM	100 % TM
Dentaire	Régime de base conventionnel	Régime optionnel^[1]
Soins et prothèses « 100 % santé » ^[2]	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
Soins et prothèses à honoraires maîtrisés	Prise en charge selon ce qui est prévu ci-dessous et dans la limite des HLF	Prise en charge selon ce qui est prévu ci-dessous et dans la limite des HLF
Soins dentaires pris en charge par la sécurité sociale (hors Inlay Onlay)	100 % TM	100 % TM
Prothèses dentaires à honoraires libres (y compris appareils Inlay Onlay et amovibles définitifs)	300 % BR	450 % BR
Orthodontie – actes pris en charge par la sécurité sociale	110 % BR	350 % BR
Orthodontie – actes non pris en charge par la SS	Néant	250 % BRR
Implantologie	Néant	750 € par an
Autres actes dentaires non pris en charge ci-dessus (parodontologie, etc.)	Néant	500 € par an

Optique		
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (une monture + deux verres) par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue	Régime de base conventionnel	Régime optionnel ^[1]
Équipements « 100 % santé » ^[2]	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Verre simple	80 €	160 €
Verre complexe	150 €	300 €
Verre très complexe	250 €	350 €
Monture	Adulte : 100 € / Enfant : 50 €	100 €
Lentilles	150 € par an	250 € par an
Chirurgie	200 € par œil	500 € par œil
Audiologie		
Limité à une aide auditive tous les quatre ans pour chaque oreille	Régime de base conventionnel	Régime optionnel ^[1]
Prothèses auditives « 100 % santé » ^[2]	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Prothèses auditives – prise en charge limitée à 1 700 € par aide auditive y compris remboursement sécurité sociale	150 % BR	400 % BR
^[1] Pour rappel, les garanties du régime optionnel incluent celles du régime de base conventionnel. ^[2] Tels que définis réglementairement.		

Optique et paniers de soins « 100 % santé » avec prise en charge intégrale : les remboursements incluent la prise en charge de la sécurité sociale.

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 facturation de l'équipement.