

Brochure n° 3173

Convention collective nationale
IDCC : 3043. – ENTREPRISES DE PROPRIÉTÉ
ET SERVICES ASSOCIÉS

AVENANT N° 10 DU 14 SEPTEMBRE 2017
RELATIF AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ OBLIGATOIRE DU PERSONNEL NON CADRE

NOR : ASET1750935M
IDCC : 3043

Entre
FEP

D'une part, et
CSFV CFTC
FS CFDT
FNPD CGT
FEETS FO

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Considérant le remplacement de la notion de contrat d'accès aux soins (CAS) par la notion de dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;

Considérant la nouvelle rédaction de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

Considérant la volonté des partenaires sociaux d'améliorer le régime frais de santé de la branche tout en conservant l'équilibre de ce régime ;

Les parties signataires du présent avenant décident de modifier l'article 9 de la convention collective de la façon suivante :

Article 1^{er}

*Modification du paragraphe « tableau de garanties »
de l'article 9.5 « Niveau des prestations »*

L'intégralité du tableau de garanties figurant à l'article 9.5 « Niveau des prestations » est substituée par le tableau suivant et ses notes associées :

(Voir tableau page suivante.)

TABLEAU DE GARANTIES

NATURE DES FRAIS	PANIER DE SOINS
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	20 % BR
Forfait hospitalier engagé	100 % frais réels limité au forfait réglementaire en vigueur
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Autres honoraires	Praticiens adhérents DPTM ⁽¹⁾ : 70 % de la BR Praticiens non adhérents DPTM : 50 % de la BR
Chambre particulière	45 € par jour
Transport remboursé par la sécurité sociale	
Transport	35 % de la BR
Actes médicaux	
Généralistes (consultations et visites)	30 % de la BR
Spécialistes (consultations et visites)	30 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	30 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	30 % de la BR
Auxiliaires médicaux	40 % de la BR
Analyses	40 % de la BR
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	
Pharmacie remboursée à 65 %	35 % de la BR
Pharmacie remboursée à 30 %	70 % de la BR
Dentaire	
Soins dentaires	30 % de la BR
Inlays simples, onlays	80 % de la BR
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (y compris les inlays cores et les inlays à clavettes)	190 % de la BR
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	100 % de la BR + 200 € par semestre
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Prothèses auditives	40 % de la BR + 250 € par an
Orthopédie et autres prothèses	40 % de la BR
Optique ⁽²⁾	
Monture	40 % de la BR + 50 €
Verres simples	40 % de la BR + 75 €
Verres complexes	40 % de la BR + 175 €
Verres très complexes	40 % de la BR + 280 €
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables) ⁽³⁾	40 % de la BR + 170 € par an

NATURE DES FRAIS	PANIER DE SOINS
Médecine hors nomenclature	
Ostéopathie	30 € séance dans la limite d'une séance par an
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005	
Prise en charge de tous les actes de prévention	30 % de la BR
<p>Les niveaux d'indemnisation s'entendent hors prestations versées par la sécurité sociale. BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>(1) DPTM : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : – CAS (contrat d'accès aux soins) ; – OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ; – OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).</p> <p>(2) La définition des verres est la suivante : – verre simple : verre à simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6 et + 6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries ; – verre complexe : verre à simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries, et verre multifocal ou progressif ; – verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de – 8 à + 8, ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4 à + 4 dioptries.</p> <p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, la limitation est d'un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs et en cas de renouvellement justifié par l'évolution de la correction, la limitation est d'un équipement par an.</p> <p>Les niveaux de remboursement s'entendent pour les deux verres : – le remboursement d'un verre simple est donc de 40 % BR + 37,5 € ; – le remboursement d'un verre complexe est donc de 40 % BR + 87,5 € ; – le remboursement d'un verre hypercomplexe est donc de 40 % BR + 140 €.</p> <p>(3) Lentilles La prise en charge « 40 % de la BR » s'entend uniquement pour les lentilles acceptées par la sécurité sociale. Le crédit de 170 € s'applique, que ce soit pour les lentilles remboursées ou celles refusées par la sécurité sociale. Le crédit de 170 € pour les lentilles est par ailleurs un crédit utilisable toute l'année. Voir également annexe I « Précisions des parties signataires exprimées en commission technique paritaire ».</p>	

Article 2

Modification de l'annexe I de l'article 9 (tableau réponses/précisions de la commission technique paritaire de la branche)

Les deuxième, cinquième et sixième lignes du tableau sont supprimées car elles sont intégrées sous le tableau visé à l'article 1^{er}.

Article 3

Modification de l'article 9.9.3 « Tarification du régime frais de santé obligatoire dans le cadre de la recommandation »

L'alinéa 1 est complété par la mention suivante : « Pour les salariés bénéficiaires du régime local d'Alsace-Moselle, la cotisation globale, dont le taux est fixé à 2,21 % du salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale, est répartie à parts égales entre employeur et salarié. »

Après le 1^{er} alinéa, les partenaires sociaux décident d'insérer l'alinéa suivant :

« Le salaire brut soumis à cotisations de sécurité sociale visé à l'alinéa précédent est le salaire brut de base soumis à cotisations sociales ou le salaire brut abattu en cas d'application de la déduction forfaitaire spécifique, (à l'exclusion des heures supplémentaires et complémentaires, les primes et indemnités quelle qu'en soit leur nature, les avantages en nature, les frais professionnels...). »

L'alinéa 2 devient l'alinéa 3. Les mots de l'alinéa 3 « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots « au premier alinéa ».

L'alinéa 3 devient l'alinéa 4.

À l'alinéa 4, après les mots « des salaires bruts soumis à cotisations de sécurité sociale », il est ajouté les mots « tels que définis au deuxième alinéa », suivis de la phrase suivante : « Pour les salariés bénéficiaires du régime local d'Alsace-Moselle, le taux d'appel est fixé à 2,10 % des salaires bruts soumis à cotisations de sécurité sociale tels que définis au deuxième alinéa. »

L'alinéa 4 devient l'alinéa 5.

Après ce 5^e alinéa, les partenaires sociaux décident d'insérer l'alinéa 6 et le tableau suivants :

« Le taux d'appel de la cotisation globale effectivement pratiqué par l'organisme recommandé sera fixé à compter du 1^{er} janvier 2018 à :

SANTÉ	EN % DES SALAIRES BRUTS soumis à cotisations de sécurité sociale (tels que définis au deuxième alinéa)
Régime général	3,20 %
Régime local (Alsace-Moselle)	1,9 2 %

Article 4

Degré élevé de solidarité

Les parties conviennent qu'en 2018 une réflexion soit menée en vue d'une éventuelle révision de l'article 9.6 de la CCN.

Article 5

Interaction avec le fonds social du régime recommandé

Les parties conviennent de tenir compte de l'amélioration des garanties visées à l'article 2 et donc de la diminution du reste à charge pour les salariés pour adapter, en conséquence, les règles régissant le fonds social du régime recommandé (pour ce qui concerne la répartition des sommes alimentant ce fonds social et destinées au financement des actions mises en œuvre dans ce cadre).

Article 6

Entrée en vigueur et durée

Les parties signataires du présent avenant conviennent que le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Les parties au présent avenant en demandent l'extension.

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée, sous réserve du respect de l'évaluation annuelle du taux d'appel par la commission paritaire de surveillance et de son éventuelle modification prévues par le 5^e alinéa de l'article 9.9.3.

Fait à Villejuif, le 14 septembre 2017.

(Suivent les signatures.)