

Brochure n° 3085

Convention collective nationale
IDCC : 16. – TRANSPORTS ROUTIERS
ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT

AVENANT N° 20 DU 12 NOVEMBRE 2017
À L'ACCORD DU 5 MARS 1991
RELATIF AU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : *ASET1850054M*
IDCC : 16

Entre
OTRE
TLF
FNTR
CNM

D'une part, et

FGTE CFDT
SNATT CFE-CGC
FNST CGT
FO UNCP
FGT CFTC

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Considérant le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 871-1 fixant le contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et L. 911-7 déterminant les garanties complémentaires des salariés ;

Considérant le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, qui modifie notamment l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;

Considérant le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale précité, qui fixe le panier de soins minimal requis dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise (art. D. 911-1 du code de la sécurité sociale) ;

Considérant le fait que ces dispositions législatives et réglementaires conduisent, avant le 31 décembre 2017, à une nécessaire mise en conformité du régime complémentaire de frais de santé institué par l'article 8 de l'accord national professionnel du 5 mars 1991,

Les parties conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

Mise à jour du régime complémentaire de frais de santé

L'article 8 de l'accord national professionnel du 5 mars 1991 est abrogé et remplacé par l'article 8 rédigé ainsi qu'il suit :

« Article 8

Régime complémentaire de frais de santé

8.1. Champ d'application

8.1.1. Salariés bénéficiaires

Le présent article s'applique à tous les salariés des entreprises exerçant des activités de transport de fonds et de valeurs au premier jour de leur embauche, sous réserve des facultés de dispense d'adhésion fixées par les dispositions légales et réglementaires, notamment celles des articles R. 242-1-6, D. 911-1 et D. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit, en précisant qu'ils ont été préalablement informés par leur employeur des conséquences de leur choix et en indiquant le cadre dans lequel la demande de dispense est formulée ;
- selon la dispense invoquée, fournir les justificatifs nécessaires et renouveler leur choix lors de chaque échéance.

8.1.2. Ayants droit

Le choix du caractère obligatoire ou facultatif de l'adhésion des ayants droit est laissé à la libre appréciation de chaque entreprise.

Sont ayants droit :

- le conjoint, marié, pacsé ou concubin ;
- le (les) enfant(s) de moins de 18 ans de l'assuré, de son conjoint ou assimilé ;
- les ascendants fiscalement à charge.

La limite d'âge de 18 ans applicable aux enfants du salarié est prorogée jusqu'à leur 28^e anniversaire :

- pour les enfants poursuivant leurs études ;
- pour les enfants primo demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi ;
- pour les enfants en contrat d'apprentissage ou d'alternance.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte « mobilité inclusion » prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

8.1.3. Situation des conjoints travaillant dans la même entreprise

Lorsque les deux conjoints sont salariés d'une même entreprise et que le régime complémentaire de frais de santé de cette entreprise prévoit l'adhésion des ayants droit à titre obligatoire, un des deux est affilié en son nom propre et l'autre en tant qu'ayant droit.

8.2. Garanties du régime complémentaire de frais de santé

Les prestations (nature des actes et niveau de remboursement) du régime complémentaire de frais de santé mises en place par le présent accord respectent les dispositions relatives au contrat responsable. Le panier de santé de référence applicable à la date d'entrée en vigueur du présent accord figure en annexe II.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

8.3. Choix de l'organisme de frais de santé

Le choix de l'organisme de frais de santé est laissé à la libre appréciation de chaque entreprise après avis de l'instance représentative de consultation ou, à défaut d'existence au sein de la société, des délégués syndicaux.

8.4. Financement

L'employeur prend en charge 50 % de la cotisation de la couverture obligatoire.

8.5. Cessation des garanties et cas de maintien des droits

L'adhésion prend fin le jour de la rupture du contrat de travail du salarié.

Toutefois, conformément aux dispositions légales, peuvent continuer à être couverts les bénéficiaires de la portabilité prévue par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

Mise à jour des prestations

L'annexe II à l'accord national professionnel du 5 mars 1991 est modifiée comme suit :

Garanties du régime complémentaire de frais de santé (applicables au 1^{er} janvier 2018)

Les garanties :

- incluent le remboursement de la sécurité sociale,
- sont remboursées dans la limite des frais réels engagés,
- respectent les dispositions relatives au contrat responsable.

NATURE DES ACTES	SEUIL CONVENTIONNEL
Soins médicaux courants	
Consultations – visites généraliste conventionnées (adhérent DPTAM)	150 % BRSS ⁽¹⁾
Consultations – visites généraliste conventionnées (non adhérent DPTAM)	100 % BRSS ⁽¹⁾
Consultations – visites spécialiste conventionnées (adhérent DPTAM)	300 % BRSS ⁽¹⁾
Consultations – visites spécialiste Conventionnées ou non (non adhérent DPTAM)	100 % BRSS ⁽¹⁾
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, pédicures)	200 % BRSS
Analyses et examens de laboratoires (adhérent DPTAM)	200 % BRSS ⁽¹⁾
Analyses et examens de laboratoires (non adhérent DPTAM)	130 % BRSS ⁽¹⁾

NATURE DES ACTES	SEUIL CONVENTIONNEL
Actes d'imagerie – Radios (adhérent DPTAM)	200 % BRSS ⁽¹⁾
Actes d'imagerie – Radios (non adhérent DPTAM)	130 % BRSS ⁽¹⁾
Actes techniques médicaux (adhérent DPTAM)	200 % BRSS ⁽¹⁾
Actes techniques médicaux (non adhérent DPTAM)	130 % BRSS
Transport pris en charge sécurité sociale	190 % BRSS ⁽¹⁾
Pharmacie	
Pharmacie à 65 % (SMR majeur/important) Pharmacie à 30 % (SMR modéré) Pharmacie à 15 % (SMR faible)	100 % BRSS
Hospitalisation médicale/chirurgicale	
Frais de séjour conventionné	200 % BRSS
Frais de séjour non conventionné	180 % BRSS
Honoraires (adhérent DPTAM)	200 % BRSS ⁽¹⁾
Honoraires (non adhérent DPTAM)	180 % BRSS ⁽¹⁾
Forfait journalier	100 % FR
Chambre particulière, y compris maternité Établissements conventionnés	100 % FR
Frais chirurgicaux sans hospitalisation ou hospitalisation de moins de 24 heures (adhérent DPTAM)	200 % BRSS ⁽¹⁾
Frais chirurgicaux sans hospitalisation ou hospitalisation de moins de 24 heures (non adhérent DPTAM)	180 % BRSS ⁽¹⁾
Optique	
Prise en charge d'un équipement complet (composé d'une monture et de 2 verres) par période de 2 ans ⁽²⁾ sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (périodicité de 1 an)	
Monture 2 verres simples (*)	290 € incluant la monture ⁽³⁾
Monture 1 verre simple et 1 verre complexe (**)	360 € incluant la monture ⁽³⁾
Monture 2 verres complexes	430 € incluant la monture ⁽³⁾
Monture 1 verre simple et 1 verre hypercomplexe (***)	430 € incluant la monture ⁽³⁾
Monture 1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe	500 € incluant la monture ⁽³⁾
Monture 2 verres hypercomplexes	570 € incluant la monture ⁽³⁾
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale	100 % BRSS
Dentaire	
Soins dentaires	370 % BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale	370 % BRSS
Prothèses dentaires (non prises en charge par la sécurité sociale)	322,50 €/prothèse

NATURE DES ACTES	SEUIL CONVENTIONNEL
Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale	400 % BRSS
Autres soins	
Maternité	15 % PMSS par enfant doublé si gémellaire
Orthopédie	200 % BRSS
Prothèse médicale Prise en charge ou non par la sécurité sociale	200 % BRSS
Prothèse auditive	100 % BRSS
Vaccins prescrits pris en charge par la sécurité sociale	100 % BRSS
Vaccins prescrits non pris en charge par la sécurité sociale	30 € par an et par bénéficiaire
Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale (21 jours)	15 % PMSS par an
Diététicien – Ostéopathe – Homéopathe – Acupuncteur – Chiropracteur – Podologue, agrés (forfait)	120 € par an et par bénéficiaire pour ensemble actes
DPTAM : dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale. FR : frais réels. (1) Le remboursement des dépassements d'honoraires de médecins qui n'adhèrent pas aux DPTM doit être inférieur de 20 % au moins à celui proposé par le même contrat pour le remboursement des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent auxdits dispositifs. (2) Cette période de 2 ans débute, soit à compter de la date d'adhésion au régime, soit à compter de la date d'acquisition de l'équipement. (3) Le plafonnement de la monture prévu par l'article 2 du décret n° 2014-1374 est de 150 € depuis le 1 ^{er} janvier 2016. (*) Verres simples : verres dont la sphère est comprise entre – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries. (**) Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. (***) Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone – 8,00 à + 8,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries.	

Article 3

Durée et entrée en application

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

Article 4

Dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés

Les dispositions du présent avenant sont applicables quel que soit l'effectif de l'entreprise sans qu'il soit nécessaire de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 5

Dépôt et extension

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail d'une demande d'extension dans les conditions fixées par les articles L. 2231-6, L. 2261-1, D. 2231-2 et L. 2261-15 du code du travail.

Fait à Paris, le 12 novembre 2017.

(Suivent les signatures.)