

CCN NEGOCE DE L'AMEUBLEMENT

Avenant n°1 à l'accord frais de santé

PREAMBULE

Par le présent avenant, les parties ont souhaité intégrer dans le régime frais de santé mis en place par l'accord du 30/06/2015, les dispositions de l'article 51 de la loi du 22/12/2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui met en œuvre la réforme du « 100 % santé », du décret du 11/01/2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, et du décret du 31/01/2019 qui adapte les garanties d'assurance complémentaire santé aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.

ARTICLE 1 : DEFINITION DES PRESTATIONS

L'annexe prestations dans l'accord du 30/06/2015 est abrogée et remplacée par le tableau des garanties frais de santé, annexé au présent avenant.

ARTICLE 2 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIES

Compte tenu de l'objet du présent avenant, il ne comporte pas de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés.

ARTICLE 3 : DATE D'EFFET

Les garanties définies au présent avenant prendront effet à compter du 1/01/2020.

ARTICLE 4 : PUBLICITE ET FORMALITES DE DEPOT

Le texte du présent avenant a été notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans le champ d'application. Il est établi en suffisamment d'exemplaires pour qu'un original soit remis à chaque organisation signataire, et que les formalités de dépôt prévues aux articles D 2231-2 et suivants du code du travail puissent être effectuées par la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 2 octobre 2019

SIGNATURES :

Organisation patronale

Pour la Fédération nationale du Négoce de l'Ameublement et de l'Equipement de la Maison (FNAEM)



SD
SOT M
RE

Syndicats de salariés :

Pour la Fédération des services – CFDT,



Pour la Fédération nationale du commerce et des services – CFE/CGC,

Stéphane BRULNON



Pour la Fédération des commerces, des services et force de vente – CFTC,

Richard CAPICCI



Pour la Fédération des employés et des cadres – FEC-FO,

Pour la Fédération du commerce de la distribution et des services – CGT,

+ Annexe p 3 à 8

SB 50110
RC

ANNEXE PRESTATIONS

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement

RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Frais de séjour	100% BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Chambre particulière	0.95% du PMSS par jour	
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	0.48% du PMSS par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100% BR	
Médicaments :		
▶ remboursés SS		
Pharmacie (hors médicaments) :	100% BR	
▶ remboursée SS		
Matériel médical		
Orthopédie et autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100% BR	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives		100% BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)		100% BR
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (1) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (11) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire		100% BR(***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		100% BR(***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)		100% BR

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Soins et prothèses 100 % Santé (1)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres appareillages prothétiques dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay		100% BR dans la limite des HLF
Inlay core		195% BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires		195% BR dans la limite des HLF
► Panier libre (***)		
Inlay, onlay		100% BR
Inlay core		195% BR
Autres appareillages prothétiques dentaires		195% BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention		100% BR
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS		195% BR

(*) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)		
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)		
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	80€	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 7% du PMSS sur 2 années civiles consécutives	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 7% PMSS sur 2 années civiles consécutives	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
 - les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

Grille optique « verres de classe B »:

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	80€
		SPH < à -6 ou > à + 6	120€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	80€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	80€
		SPH > 0 et S > + 6	120€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	120€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	120€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	120€
		SPH < à -4 ou > à + 4	180€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	120€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	120€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	180€
		SPH > 0 et S > + 8	180€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	180€

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

SB SM AP RC