

CCN NEGOCE DE L'AMEUBLEMENT

ACCORD FRAIS DE SANTE

PREAMBULE

Le présent accord a pour objet la mise en place, conformément à la loi du 14/06/2013 relative à la sécurisation de l'emploi, d'un régime conventionnel de frais de santé. Les signataires considèrent en effet qu'il est essentiel, en complément du régime de prévoyance déjà existant, de garantir les salariés des entreprises de la branche contre certains aléas de la vie. Conscients également que des entreprises ont déjà mis en place de telles garanties, elles ont entendu instaurer un régime de base conventionnelle qui constitue un socle minimal qui peut être amélioré au sein de chaque entreprise de la branche. Enfin le présent accord ne saurait remettre en cause le contenu des dispositions déjà applicables dès lors que celles-ci instaurent des garanties plus favorables que celles qu'il instaure.

ARTICLE 1 : BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

1.1 Caractère obligatoire

Sous réserve de relever d'un des cas de dispense d'affiliation visés à l'article R 242-1-6 du code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient obligatoirement de la couverture dite « minimale base obligatoire » telle que visée à l'article 4 dès leur entrée dans l'entreprise en application des dispositions de l'article R 242-1-2 du code de la sécurité sociale.

1.2 Dispenses

Par dérogation au caractère obligatoire, conformément aux dispositions de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, peuvent à leur initiative se dispenser d'affiliation au présent régime frais de santé complémentaire en fournissant régulièrement à leur employeur les justificatifs correspondants :

- Les apprentis et salariés sous contrat à durée déterminée, sous réserve, pour les apprentis et les titulaires de contrats d'une durée d'au moins 12 mois, de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties;
- Les salariés à temps partiel dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ; sous réserve de justification, la dispense joue jusqu'à l'échéance de cette couverture ou de cette aide ;
- Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, la dispense joue jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- Les salariés qui bénéficient pas ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droits, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année.

Ces salariés devront après information relative au régime par l'employeur formuler expressément et par écrit leur volonté de ne pas adhérer au dit régime, auprès de leur employeur, dans un délai d'un mois à compter de la mise en place du régime dans l'entreprise, ou pour ceux embauchés postérieurement, dans un délai d'un mois qui suit leur embauche. En outre, ils seront tenus de communiquer à leur employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier de leur situation.

Ils pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de leur employeur, par écrit, leur adhésion au régime. Dans ce cas, leur adhésion prendra effet le 1er jour du mois qui suit leur demande. Cette adhésion sera alors irrévocable. En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

1.3 Extension des bénéficiaires

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension souscrite individuellement par chaque salarié.

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- son conjoint ;

et/ou

- ses enfants à charge.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts dans les conditions suivantes :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

La cotisation finançant l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié. Elle doit être payée à l'organisme assureur.

Est considéré comme conjoint, le conjoint non divorcé ni séparé judiciairement et bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (salarié ou non).

Est assimilé au conjoint, dans le cas où la sa situation ne correspond pas à celle décrite ci-dessus, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou à défaut le concubin (non marié ni lié par un PACS à un tiers), s'il bénéficie d'un régime de Sécurité sociale.

En ce cas, l'affiliation est effectuée à la condition que soit présentée, dans le cas où le concubin est lié par un Pacs avec le participant, une attestation de moins de 3 mois établissant leur engagement dans les liens d'un PACS délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance. Dans le cas où le concubin n'est pas lié au participant par un Pacs et n'est pas ayant droit du participant au sens de la législation sociale, cette affiliation est effectuée à la condition que soit présenté un justificatif de la situation de concubinage : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (quittance de loyer aux 2 noms, ou double quittance d'électricité ou de téléphone au nom de chacun).

Sont réputés à charge du salarié :

- Les enfants de moins de 21 ans à charge du participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité sociale et, par extension :

- Les enfants de moins de 26 ans à charge du participant au sens de la législation fiscale à savoir :

- les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
- les enfants du participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible ou revenu global,

- Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :

- pris en compte dans le calcul du quotient familial, ou
- ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable, ou
- bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

ARTICLE 2 : MAINTIEN DES GARANTIES ET SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Le bénéfice du régime complémentaire santé est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

Congé maternité et paternité et tout autre cas dans lequel la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par le versement d'indemnités journalières complémentaires à celles versées par la sécurité sociale.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de la cotisation en totalité (part patronale et part salariale).

ARTICLE 3 : MAINTIEN DES GARANTIES ET RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Conformément aux dispositions de l'article L911.8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail, sauf hypothèse de faute lourde, ouvrant droit à prise en charge de l'assurance chômage, l'ancien salarié peut conserver le bénéfice des garanties du régime frais de santé, et ce sur la base du dispositif en vigueur à la date de la rupture du contrat de travail.

Le maintien des garanties de frais de santé prend effet au lendemain de la cessation du contrat de travail ou de l'acceptation d'un contrat de sécurisation professionnelle, pour une durée égale à celle de l'indemnisation du chômage, appréciée en mois entiers et dans la limite de 12 mois.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l'organisme assureur, l'employeur doit adresser à ce dernier, dès la cessation du contrat de travail, une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié, stipulant notamment les dates de début et de fin prévisible du droit à maintien des garanties. Le salarié doit adresser le justificatif de prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

Le maintien des garanties cesse avant l'expiration de la période à laquelle l'ancien salarié peut prétendre, lorsque :

- il reprend une activité professionnelle et cesse d'être indemnisé par le régime d'assurance chômage ;
- il bénéficie d'une pension de retraite du régime général.

L'ancien salarié doit également informer l'organisme assureur sans délai de tout évènement ayant pour conséquence de faire cesser ses droits à maintien des garanties avant l'expiration de la période prévue, ceci afin d'éviter que des prestations ne soient indûment versées.

Le financement de ce dispositif fait l'objet d'une mutualisation, il est inclus dans la cotisation fixée pour le personnel en activité à l'article 1.1 du présent accord.

ARTICLE 4 : DEFINITION DES PRESTATIONS

Les prestations sont définies dans le tableau annexé au présent accord. Elles intègrent les dispositions de l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale relatives aux contrats responsables.

ARTICLE 5 : REPARTITION DE LA COTISATION

La cotisation destinée au financement du régime frais de santé défini par le présent accord est répartie à hauteur de 60 % (part patronale) et 40 % (part salariale).

ARTICLE 6 : MODALITES DE MISE EN PLACE

Les entreprises concernées par le régime frais de santé contenu dans le présent accord le mettront en place, soit par accord d'entreprise, soit par référendum, ou par décision unilatérale.

ARTICLE 7 : REGIME PLUS FAVORABLE

Les garanties instaurées par le présent accord constituent des garanties minimales. En conséquence les entreprises peuvent instaurer des garanties globalement plus favorables et dans cette hypothèse uniquement, adopter le cas échéant une répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié différente de celle définie à l'article 5, et dans cette hypothèse aussi, prévoir des dispositions différentes s'agissant des conditions d'ancienneté, des dispenses d'affiliation, sous réserve que le caractère collectif et obligatoire du régime ne soit pas remis en cause.

Article 8 : DATE D'EFFET

Les entreprises doivent avoir souscrit auprès d'un organisme assureur un contrat garantissant le régime frais de santé instauré par le présent accord au plus tard au 01/01/2016.

Pour celles ayant déjà mis en place un régime frais de santé globalement moins favorable, celles-ci devront adapter leurs garanties dans un délai de 15 mois suivant la date de signature du présent accord.

Article 9 : PUBLICITE ET FORMALITES DE DEPÔT

Le texte du présent accord 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.

Article 10 – REVISION ET DENONCIATION

Les organisations signataires de l'accord, ou ayant adhéré à l'accord, peuvent demander à tout moment sa révision.

Les parties, à l'occasion du réexamen de la clause de désignation concernant le régime de prévoyance, s'engagent à mettre en œuvre la procédure permettant d'aboutir à la recommandation d'un ou plusieurs organismes gestionnaires et le cas échéant à revoir le contenu du présent régime.

L'accord peut être dénoncé à tout moment par les organisations signataires avec un préavis de trois mois dans les conditions prévues par L. 2261-9 du code du travail.

Fait à Paris, le 30 juin 2015

SIGNATURES :

Organisation patronale

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

Syndicats de salariés :

Fédération des services – CFDT

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

+ Annexe p6 à 9

ANNEXE PRESTATIONS

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

Les niveaux d'indemnisation s'entendent **y compris les prestations versées par la Sécurité sociale.**

Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Accident de trajet / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES:

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		100 % de la BR
Forfait hospitalier engagé	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)		100 % de la BR
Actes d'anesthésie (ADA)		100 % de la BR
Autres honoraires		
Chambre particulière		0,95% du PMSS
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 12 ans (sur présentation d'un justificatif)		0,48% du PMSS
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)		100 % de la BR
Spécialistes (Consultations et visites)		100 % de la BR
Actes de chirurgie (ADC)		100 % de la BR
Actes techniques médicaux (ATM)		100 % de la BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)		100 % de la BR
Actes d'échographie (ADE)		100 % de la BR
Auxiliaires médicaux		100 % de la BR
Analyses		100 % de la BR
Actes médicaux non remboursés SS		
Densitométrie osseuse		Néant
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)		Néant
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie		100% BR
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins anti-grippe et autres		Néant
Sevrage tabagique		Néant
Contraception prescrite		Néant
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives		100% BR
Orthopédie & autres prothèses		100% BR

SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		100% BR
Inlay simple, Onlay		100% de la BR
Prothèses dentaires		195 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes		195 % de la BR
Orthodontie		195 % de la BR
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie		
Prothèses dentaires (1)		Néant
Implants dentaires (2)		
Orthodontie		Néant

(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.

- Prothèses supra implantaire: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.

- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(2) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

EQUIPEMENT OPTIQUE :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Optique		
Monture		RSS + 80€ limité à une monture sur 2 années civiles consécutives pour les adultes** et à une monture par année civile pour les enfants.
Verres		RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre. limité à 2 verres sur 2 années civiles consécutives pour les adultes** et à 2 verres par année civile pour les enfants.
Lentilles acceptées par la SS		RSS + Crédit de 7% du PMSS sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)		Crédit de 7% du PMSS sur 2 années civiles consécutives

**Les verres + monture sont limités à une paire sur deux années civiles consécutives pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée.

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	80 €
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	120 €
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	80 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	120 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120 €
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	180 €
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	120 €
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	180 €

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Montant en € par verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	80 €
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	120 €
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	120 €
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté		Cylindre < à 4	de -6 à +6	80 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		Cylindre > à 4	de -6 à +6	120 €
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	120 €
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120 €
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté			< à -4 ou > à +4	180 €
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté		Tout Cylindre	de -8 à +8	120 €
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté			< à -8 ou > à +8	180 €

AUTRES GARANTIES :

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNÉ	NON CONVENTIONNÉ
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires	Néant	
Frais de voyage et hébergement	Néant	
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (3)	Néant	
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	Néant	
Actes de prévention conformément aux dispositions du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005		
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention	100% BR	
Garantie Assistance	Néant	

3) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

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.

TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)

CAS : Contrat d'accès aux soins.