
Brochure n° 3051 | Convention collective nationale

IDCC : 567 | **BIJOUTERIE, JOAILLERIE, ORFÈVRES ET ACTIVITÉS QUI S'Y RATTACHENT**

Avenant n° 3 du 19 novembre 2019

à l'accord du 17 juillet 2015

relatif au régime de remboursement de frais de santé au 1^{er} janvier 2020

NOR : ASET2050184M

IDCC : 567

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

BJOC,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGMM CFDT ;

FCM FO ;

CFTC métallurgie ;

FCMTM CFE-CGC ;

CGT métallurgie,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé un remboursement intégral d'un ensemble de soins, dénommé « Panier », dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire : cette offre est accessible à tous les français disposant d'une complémentaire santé.

La mise en place de cette réforme va se déployer en plusieurs étapes, jusqu'en 2021. Pour l'audiologie, l'optique et le dentaire, il existera plusieurs paniers de remboursement, dont un prévoira des équipements « offre 100 % santé » intégralement remboursée (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé).

Afin de se mettre en conformité avec cette Loi et ses textes réglementaires, les partenaires sociaux ont évolué à compter du 1^{er} janvier 2020, les montants des prestations complémentaires santé concernées (l'audiologie, l'optique et le dentaire) du régime conventionnel obligatoire qui sont définies à l'annexe de l'accord du 17 juillet 2015 de la convention collective nationale de la bijouterie, joaillerie, orfèvrerie, du cadeau des diamants, pierres et perles et activités qui s'y rattachent (modifié en dernier lieu par avenant du 13 mars 2017).

De plus, pour faciliter la lecture des garanties santé par les salariés assurés, conformément à la logique de la loi et des engagements de lisibilité des garanties complémentaires de santé pris par les représentants des organismes assureurs complémentaires, les tableaux des garanties du régime conventionnel obligatoire et du régime optionnel ont été modifiés en conséquence et font l'objet d'une nouvelle présentation.

Dans la mesure où le présent avenant a vocation à s'appliquer à des entreprises de toute taille, y compris auprès de petites entreprises, les partenaires sociaux estiment que ces dispositions leur sont particulièrement applicables et qu'ainsi ils répondent à l'obligation issue de l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 1^{er} | Modification de l'annexe de l'accord du 17 juillet 2015

L'annexe « Tableau des garanties » est modifiée comme suit :

Le tableau de l'annexe est supprimé et remplacé par le tableau suivant :

		BASE CONVENTIONNELLE	OPTION 1 (Base conventionnelle + Option 1)
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS		
	HONORAIRES MEDICAUX		
	Consultations, visites généralistes		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
	Consultations, visites spécialistes		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	105 % BR	125 % BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	125 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	105 % BR	125 % BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	120 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	100 % BR
	Actes de sages-femmes	100 % BR	100% BR
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
	Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX		
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	100 % BR	
MEDICAMENTS	100 % BR	100 % BR	
Autres vaccins non remboursés par la SS	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	
Automédication (1)	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 50 €	
MATERIEL MEDICAL			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100 % BR	200 % BR	
TRANSPORT SANITAIRE			
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR	

AIDES AUDITIVES			
AIDES AUDITIVES	Prothèse auditive remboursable		
	- Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i>)(2)(3)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	- Equipement à tarifs Libres (Classe II)(2)(3)	100 % BR	200 % BR
	Entretien, fournitures et accessoires	100 % BR	200 % BR
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO			
CURE THERMALE	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
HOSPITALISATION	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE		
	Frais de séjour	100 % BR	250 % BR
	Forfait actes lourds	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique		
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	120 % BR	200 % BR
	- Autres praticiens	100 % BR	125 % BR
	Chambre particulière	25 € par jour	50 € par jour
	Chambre particulière en maternité	25 € par jour limité à 6 jours par séjour	50 € par jour limité à 6 jours par séjour
	Frais d'accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans	25 € par jour	50 € par jour
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	
Forfait maternité	50 €	50 €	
OPTIQUE			
OPTIQUE	Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i>)(3)(4)(5)(6)		
	Monture + verres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	Equipement à tarifs libres (Classe B)(3)(4)(5)(6)		
	Monture	100 €	100 €
	Par Verre		
	. Simple	100 €	125 €
	. Complexe	220 €	245 €
	. Très complexe	250 €	275 €
	Adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR
	Verres avec filtre	100% BR	100% BR
	Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR
	Lentilles prises en charge par la SS	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
	Lentilles non prises en charge par la SS y compris jetables	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 350 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 400 €
Chirurgie / opération oculaire	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 375 €	Forfait annuel et par bénéficiaire égal à 800 €	

DENTAIRE			
DENTAIRE	Soins	200 % BR	200 % BR
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (3)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (3)		
	- Prothèses fixes	350 % BR	450 % BR
	- Inlay-Core	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses transitoires	350 % BR	450 % BR
	- Inlay onlay	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses amovibles	350 % BR	450 % BR
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
	- Prothèses fixes	350 % BR	450 % BR
	- Inlay-Core	200 % BR	200 % BR
	- Prothèses transitoires	350 % BR	450 % BR
	- Inlay onlay	200 % BR	200 % BR
- Prothèses amovibles	350 % BR	450 % BR	
Implantologie	325 € / Implant	750 € / Implant	
Orthodontie prise en charge par la SS	250 % BR	350 % BR	
AUTRES	AUTRES		
	Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	30 € par séance dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire
	Actes de prévention ⁽⁷⁾	100 % BR	100 % BR
	Assistance	Oui	Oui

BR : Base de remboursement - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

(1) Remboursement de médicaments considérés comme tels, ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché et vendus en officine

(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

(3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(4) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(5) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(6) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure 8.00 dioptries.

(7) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle

Article 2 | *Date d'effet. Dépôt. Extension*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail, notifié par la partie la plus diligente des organisations signataires à l'ensemble des organisations représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget en application des dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 19 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)