

Brochure n° 3251 | Convention collective nationale

IDCC : **1517** | **COMMERCES DE DÉTAIL NON ALIMENTAIRES**
(Antiquités, brocante, galeries d'art [œuvres d'art], arts de la table, coutellerie, droguerie, équipement du foyer, bazars, commerces ménagers, modélisme, jeux, jouets, périnatalité et maroquinerie)

Avenant n° 7 du 9 juillet 2020

à l'accord du 22 juin 2015
relatif à la mise en place d'un régime complémentaire santé

NOR : ASET2050727M

IDCC : 1517

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

CDNA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FNECS CFE-CGC ;

CFTC CSFV ;

FS CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche ont signé un accord le 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire pour les frais de santé des salariés de la branche. Cet accord a été modifié et complété par 6 avenants : les avenants n° 1 et n° 2 signés le 22 juin 2015, l'avenant n° 3 signé le 11 décembre 2015, les avenants n° 4 et n° 5 signés le 22 novembre 2017 et l'avenant n° 6 signé le 19 septembre 2019.

Il est rappelé que le régime complémentaire santé mis en place dans la branche s'applique à toutes les entreprises relevant de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires, IDCC 1517.

L'avenant n° 2 du 22 juin 2015 a eu pour objet de recommander l'organisme assureur APICIL prévoyance dont le siège social est situé 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire.

Le régime ayant été mis en place à compter du 1^{er} janvier 2016, le terme de cette recommandation correspond au 31 décembre 2020.

Les signataires conviennent donc de modifier le régime de complémentaire santé du CDNA et notamment son avenant n° 2 comme suit :

Article 1^{er} | Clause de réexamen de la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs

L'avenant n° 2 de l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche prévoit, dans son article 1^{er}, la recommandation d'un organisme assureur.

Les parties signataires conviennent que la recommandation de l'organisme assureur APICIL prendra fin après un délai de 5 ans, soit au 31 décembre 2020.

L'avenant n° 2 de l'accord du 22 juin 2015 sera donc sans effet à compter du 1^{er} janvier 2021.

La signature du présent avenant ne remet pas en cause le choix fait par les entreprises en matière d'organisme assureur.

Article 2 | Modification des clauses de l'accord du 22 juin 2015

Les clauses de l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche des commerces de détail non alimentaires et qui font référence à la recommandation d'un organisme assureur sont ainsi modifiées à compter du 1^{er} janvier 2021.

Les 2 derniers alinéas du préambule sont supprimés et remplacés par l'alinéa suivant :

« Chaque entreprise pourra solliciter le prestataire de son choix pour souscrire la couverture d'assurance ainsi définie. Elle doit en financer au moins la moitié du coût, quelle que soit sa taille. »

L'article 4 qui porte sur les organismes recommandés par la branche est supprimé.

Les alinéas 3 et 4 de l'article 5.1 qui font référence à la cotisation en cas d'adhésion à le ou les organisme(s) assureur(s) recommandé(s) sont supprimés.

Les alinéas 2 à 8 de l'article 8 sont supprimés et remplacés par les alinéas suivants :

« Conformément aux dispositions réglementaires, au moins 2 % des cotisations sont allouées au financement d'actions de prévention de santé publique et aux prestations d'action sociale des salariés des entreprises de la branche.

Toute assurance souscrite pour la couverture des garanties du régime complémentaire santé de la branche, doit ainsi impérativement prévoir la mise en œuvre d'actions présentant un degré élevé de solidarité, notamment afin d'accompagner les salariés des entreprises de la branche dont la situation professionnelle est précaire ou fragile, et afin de déployer un dispositif de prévention des risques. »

Toute référence à la cotisation dans l'article 10 devient sans effet.

Le titre de l'article se limite à :

« Évolution des garanties du régime obligatoire »

L'alinéa 2 de l'article 10 est supprimé.

Les garanties de l'accord conventionnel révisées et prévues aux articles 1 et 2 de l'avenant n° 6 sont modifiées selon le tableau joint au présent document. L'accord est structuré avec un régime complémentaire socle obligatoire et des régimes complémentaires optionnels facultatifs.

Une nouvelle option 2, à adhésion facultative pour les salariés de la branche, est créée, améliorant l'ensemble du dispositif.

Article 3 | *L'avenant n° 1 du 22 juin 2015, l'avenant n° 4 du 22 novembre 2017 et l'article 3 de l'avenant n° 6 du 19 septembre 2019 sont supprimés à compter du 1^{er} janvier 2021.*

L'avenant n° 1 signé le 22 juin 2015, l'avenant n° 4 du 22 novembre 2017 et l'article 3 de l'avenant n° 6 du 19 septembre 2019 définissant le financement du régime et le niveau des cotisations sont supprimés à compter du 31 décembre 2020.

Article 4 | *Dispositions particulières pour les TPE*

Les signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail et ce, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, étant précisé que la majorité des entreprises concernées par le présent avenant a un effectif inférieur à 50 salariés.

Article 5 | *Dispositions diverses : entrée en vigueur de l'avenant, dépôt, extension*

Les partenaires sociaux décident que le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

À l'issue de la procédure de signature, le texte du présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives conformément à l'article L. 2231-5 du code du travail.

Conformément aux articles L. 2231-6, D. 2231-2 et D. 2231-3 du code du travail, le texte du présent avenant sera ensuite déposé en autant d'exemplaires que nécessaire au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris et aux services centraux du ministre chargé du travail.

Article 6 | *Extension*

L'extension du présent accord sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Fait à Paris, le 9 juillet 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties – Frais de santé – CDNA – applicable au 1^{er} janvier 2021

NATURE DES FRAIS	BASE	OPTION 1	OPTION 2
	REMBOURSEMENTS	REMBOURSEMENTS	REMBOURSEMENTS
	Dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale	Dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale et base conventionnelle	Dans la limite des frais réels et y compris Sécurité sociale et base conventionnelle
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	22	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	130 % BR	140 % BR	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	110 % BR	120 % BR	130 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	150 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	130 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	120 % BR	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	néant	néant	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	300 % BR	400 % BR	500 % BR

HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/J	2,5 % PMSS/J	4 % PMSS/J
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours/an (3)	1 % PMSS/J	2 % PMSS/J	2 % PMSS/J
OPTIQUE (4)			
<i>Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins</i>			
Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Verres et monture de CLASSE A	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture			
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques - exemple : prisme, appairage			
Monture (5)	60 % BR + 55 €	100 €	100 €
Forfait Verre à simple foyer (5) (verre unifocal), par verre	60 % BR + 50 €	60 % BR + 100 €	160 €
Forfait Verre complexe (5) (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre	60 % BR + 110 €	60 % BR + 200 €	300 €
Forfait Verre très complexe (5) (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre	60 % BR + 130 €	60 % BR + 275 €	350 €
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS (3) (6)	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B
Chirurgie réfractive (3)	300 €/A/B	600 €/A/B	1000 €/A/B
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
Panier 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Autres soins			
Soins du panier modéré (7)	100 % BR dans la limite du HLF	100 % BR dans la limite du HLF	100 % BR dans la limite du HLF
Soins du panier libre (7)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays-onlays du panier modéré (7)	120 % BR dans la limite du HLF	120 % BR dans la limite du HLF	200 % BR dans la limite du HLF
Inlays-onlays du panier libre (7)	120 % BR	120 % BR	200 % BR
Autres prothèses			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré (7)	185 % BR dans la limite du HLF	330 % BR dans la limite du HLF	400 % BR dans la limite du HLF
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier libre (7)	185 % BR	330 % BR	400 % BR

Inlays core du panier modéré (7)	185 % BR dans la limite du HLF	330 % BR dans la limite du HLF	400 % BR dans la limite du HLF
Inlays core du panier libre (7)	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS (3)	200 €/A/B	325 €/A/B	400 €/A/B
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS	140 % BR	275 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS (3)	200 €/A/B	400 €/A/B	500 €/A/B
Parodontologie non prise en charge par la SS (3)	55 €/A/B	110 €/A/B	150 €/A/B
Forfait Implantologie (3)	165 €/A/B	330 €/A/B	400 €/A/B

AIDES AUDITIVES (8)			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipement 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé
Autres équipements			
Équipement de CLASSE II (9)			
Appareil auditif/oreille	550 €/oreille	850 €/oreille	1000 €/oreille
Autres dispositifs auditifs			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PRÉVENTION			
Kit confort (3) (10) :			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue	30 € par séance Maxi 2 séances /A/B	40 € par séance Maxi 3 séances /A/B	40 € par séance Maxi 4 séances /A/B
MATERNITÉ/CONTRACEPTION			
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	néant	200 €/enfant	300 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS (3)	100 €/A/B	100 €/A/B	150 €/A/B

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : An | **B** : Bénéficiaires | **J** : jour

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

(5) Les types de verre sont détaillés dans la notice d'information. Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres équipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(6) Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(7) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information.

(8) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise).

(10) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.