

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° 9 du 13 novembre 2020
à l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020
relatif à la mise en place d'un régime complémentaire santé
(rectificatif)

NOR : ASET2150058M

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 ;

CSFV CFTC ;

FS CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche des commerces de détail non alimentaires ont signé le 9 juillet 2020 l'avenant n° 7 à l'accord de branche du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche des commerces de détail non alimentaires (IDCC 1517).

Les parties signataires ont constaté que le tableau des garanties frais de santé CDNA, applicable au 1^{er} janvier 2021, figurant en annexe de l'avenant n° 7, comporte 2 erreurs susceptibles d'entacher la portée et la compréhension de ces garanties.

Elles conviennent par le présent avenant de corriger ces 2 erreurs, comme indiqué dans l'article 1^{er} ci-dessous.

Article 1^{er} | Modifications apportées au tableau des garanties – frais de santé, applicable au 1^{er} janvier 2021

■ Section « Soins courants », ligne « Analyse et examens de biologie médicale », colonne 2 (Base) : le chiffre « 22 » est remplacé par les mots « 100 % BR ».

■ Section « Prévention », colonne 1, ligne « Professionnels de santé non pris en charge par la SS », après le mot « psychomotricien, » : le mot « psychologue » est ajouté.

Une version du tableau des garanties – frais de santé, applicable au 1^{er} janvier 2021, tenant compte de ces modifications est jointe en annexe au présent avenant.

Article 2 | 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 accord a un effectif inférieur à 50 salariés.

Article 3 | Dispositions diverses : entrée en vigueur de l'accord, dépôt et 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.

L'extension du présent avenant 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 13 novembre 2020.

(Suivent les signatures.)

Annexe I 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	100 % BR	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

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
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

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
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.