

AVENANT
à l'accord portant sur les frais de santé
dans la branche de la Maroquinerie

Entre les soussignés :

La Fédération Française de la Maroquinerie (FFM)
122, rue de Provence, 75008 Paris

D'une part,

Et :

La CFDT – Fédération des Services, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin
La CFTC – CMTE, Secteur Cuir, 128 avenue Jean Jaurès, 93500 Pantin
La CGT – Fédération THCB, 263 rue de Paris, case 415, 93514 Montreuil cedex
FO - Fédération Nationale de la Pharmacie Habillement et Cuir, 7 passage de Tenaille,
75014 Paris

D'autre part,

Il a été convenu ce qui suit.

Préambule

Un accord a été conclu sur les frais de santé le 7 avril 2015.

Il définit les conditions de mise en œuvre d'une couverture collective obligatoire en matière de frais de santé répondant aux obligations relatives au "contrat responsable".

Afin de tenir compte de l'évolution de la réglementation, les garanties inscrites à l'article 3 de cet accord, sont remplacées par le tableau annexé au présent accord.

En conséquence, il est convenu ce qui suit.

Article un

L'article 3 de l'accord est désormais ainsi rédigé :

Les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord, doivent proposer à leurs salariés en remboursement complémentaire à la sécurité sociale les garanties indiquées en annexe qui fait partie de l'accord.

Article deux

Le présent avenant prend effet au 1er janvier 2020 sous réserve de l'exercice du droit d'opposition défini par la loi.

Pour les entreprises non adhérentes à la FFM, il s'appliquera à compter de la parution au Journal Officiel de l'arrêté ministériel d'extension.

Article trois

Compte tenu de l'objet de l'accord collectif, il n'y a pas lieu de prévoir de modalités particulières pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article quatre

Le présent avenant est édité en 10 exemplaires originaux pour remise à chaque organisation syndicale et dépôt dans les conditions prévues aux articles L2231-6 et D2231-2 du Code du Travail.

Conformément aux dispositions de l'article L911-3 du Code de la Sécurité Sociale, les parties signataires conviennent de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 14 octobre 2019

P.J. L'annexe Garanties

Organisation Patronale

FFM - Monsieur Edgard SCHAFFHAUSER

Syndicats de salariés

CFDT - Fédération des Services
Madame Brigitte GOHIER

CFTC - CMTE
Monsieur Dominique JEANNETEAU

CGT - Fédération THCB
Madame Kheira BOULOU

FO - Fédération Nationale de la
Pharmacie, Cuir et Habillement
Monsieur Christophe ROHART

Annexe Garanties

CCN Maroquinerie
Effet 01/01/2020
TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

		BASE conventionnelle
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non	Frais de séjour	TM
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité	100 % DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE
	Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité	Par nuitée Par journée (hospitalisation en ambulatoire)
DENTAIRE auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire Inlay/onlay
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne provisoire, inlay core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou
	Orthodontie (4)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire
OPTIQUE EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A) y compris examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (8)
	Équipement autre que 100 % Santé****	par verre simple - par bénéficiaire par verre complexe - par bénéficiaire par verre très complexe - par bénéficiaire par monture de lunettes - par bénéficiaire
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (5) Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (5)
AIDES AUDITIVES par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire
	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par aide auditive tous les 4 ans
	Équipement 100 % Santé** (classe I***) Équipement autre que 100 % Santé (classe I****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale
	Accessoires et fournitures	Par bénéficiaire
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux	
	Consultation / visite / consultation en ligne	
	chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*
	Honoraires paramédicaux	
	Analyses et examens de laboratoire	
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (6)
	Médicaments	Médicaments remboursés à 65% Médicaments remboursés à 30% Médicaments remboursés à 15% Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale
	Actes de prévention du contrat responsable	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée de la Sécurité sociale.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameil.fr est à la disposition de tous.

** Teils que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** Les remboursements s'entendent Assurance Maladie Obligatoire + Assurance Maladie Complémentaire.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour un chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(5) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(6) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.