

Avenant n°1 à l'accord du 7 octobre 2015 relatif à la généralisation de la couverture frais de santé de la convention collective de l'esthétique – cosmétique et de l'enseignement technique et professionnel lié aux métiers de l'esthétique et de la parfumerie du 24 juin 2011 (IDCC 3032),

Article 1 :

Vu le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques

Les partenaires sociaux conviennent de modifier l'article 10.1 de l'accord du 7 octobre 2015 comme suit :

Le 2^{ème} paragraphe de l'article 10.1 est modifié comme suit :

Les anciens salariés visés par le présent article, ont cependant le choix entre :

- D'une part, une structure d'accueil comportant plusieurs formules, dont le choix revient à l'ancien salarié ;
- D'autre part, un maintien strictement à l'identique des garanties du régime conventionnel obligatoire souscrit par l'entreprise.
Les garanties facultatives ne sont pas maintenues dans ce cadre.

Conformément à la législation en vigueur, les tarifs applicables, pour l'ancien salarié seul, en cas de maintien des garanties à l'identique du régime conventionnel obligatoire souscrit par l'entreprise, sont plafonnés, pour tous les contrats souscrits à compter du 1er juillet 2017, selon les modalités suivantes :

- La première année, les cotisations ne peuvent être supérieures aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La deuxième année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- La troisième année, les cotisations ne peuvent être supérieures de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.
- Au-delà de la 3^{ème} année les tarifs seront revus en fonction des résultats techniques de ce régime d'accueil.

L'ancien salarié, peut couvrir, au moment de la souscription de son contrat, son conjoint et ses enfants si ceux-ci étaient couverts lorsqu'il était actif.

- Pour les conjoints, le tarif est au minimum égal à 150% du tarif Conjoint des actifs.

Les résultats techniques de ces maintiens de garanties sont mutualisés avec ceux des actifs.

Toutes les autres dispositions de l'article 10.1 ne sont pas modifiées.


SR
12C
R
dl.

Article 2 :

Afin de suivre l'évolution de la définition des contrats responsables (L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale), conformément aux dispositions de la convention médicale du 25 août 2016, l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée / l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM/OPTAM CO) remplace le contrat d'accès aux soins (CAS).

L'ensemble de ces dispositifs sont visés au cahier des charges du contrat responsable défini aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale sous le terme commun de « dispositifs de pratique tarifaires maitrisées ».

Tableau des garanties actualisé :

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENT TOTAL dans la limite des FR y compris remboursements de la Sécurité sociale			
	BASE CONVENTIONNELLE OBLIGATOIRE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 1 RESPONSABLE	BASE CONVENTIONNELLE + OPTION 2 RESPONSABLE	BASE + SURCOMPLEMENTAIRE  NON RESPONSABLE
	SOINS MEDICAUX COURANTS**			
Consultations et visites généralistes, praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO*	100 % BR	145 % BR	220 % BR	100 % FR limité à 50 €
Consultations et visites généralistes praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	100 % BR	125 % BR	200 % BR	100 % FR limité à 50 €
Consultations et visites spécialistes praticiens signataires OPTAM / OPTAM-CO*	100 % BR	145 % BR	220 % BR	100 % FR limité à 100 €
Consultations et visites spécialistes praticiens non signataires OPTAM / OPTAM-CO*	100 % BR	125 % BR	200 % BR	100 % FR limité à 100 €
Actes Techniques Médicaux (ATM), actes de petite chirurgie (ADC), praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO*	100 % BR	145 % BR	220 % BR	220 % BR
Actes Techniques Médicaux (ATM), actes de petite chirurgie (ADC), praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Soins infirmiers	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO*	100 % BR	120 % BR	220 % BR	220 % BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE), praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Analyses médicales	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR
Pharmacie (toutes vignettes)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses auditives remboursées par la SS	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Appareillages (orthèses, simulateurs cardiaques, fauteuils roulants...)	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE**				
Conventionné - Honoraires, praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO* (Y compris maternité) : Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), Actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR	145 % BR	220 % BR	100 % FR
Conventionné - Honoraires, praticiens non signataires OPTAM/OPTAM-CO* (y compris maternité) : Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), Actes d'obstétrique (ACO), actes techniques médicaux (ATM)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	100 % FR
Honoraires chirurgicaux/Honoraires médicaux non conventionnés**	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

Handwritten notes:
 g
 Kc
 SRE
 low
 4. 12

Frais de séjour hospitaliers en établissement conventionné	100 % BR	125 % BR	400 % BR	400 % BR
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait pour tout acte > à 120 €	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de transport en ambulance accepté par la SS	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière conventionnée	25 €/J	30 €/J	50 €/J	50 €/J
Lit d'accompagnant en établissement conventionné (enfant de moins de 18 ans)	25 €/J	30 €/J	50 €/J	50 €/J
OPTIQUE ⁽¹⁾				
(1) Limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire, et ramené à un équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (de 0,25 dioptries).				
Monture	100 €	100 €	120 €	200 €
Verres unifocaux (- 6,00 ≤ Sphère ≤ + 6,00 et Cylindre ≤ + 4,00 dioptries) (pour 2 verres)	275 €	350 €	350 €	350 €
Verres unifocaux (Sphère < + 6,00 ou Cylindre > + 4,00 dioptries) (pour 2 verres)	275 €	350 €	350 €	350 €
Verres multifocaux (pour 2 verres)	500 €	600 €	600 €	600 €
Lentilles acceptées par la SS	150 € par A/B	150 € par A/B	150 € par A/B	150 € par A/B
Lentilles non remboursées par la SS	100 € par A/B	150 € par A/B	200 € par A/B	300 € par A/B
Chirurgie réfractive de l'œil	175 € par œil /A/B	300 € par œil /A/B	500 € par œil /A/B	500 € par œil /A/B
DENTAIRE				
Soins dentaires	165 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	165 % BR	350 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie acceptée par la SS	165 % BR	350 % BR	400 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par la SS	165 % BR	350 % BR	400 % BR	400 % BR
Implantologie	400 €/A/B	800 €/A/B	1 000 €/A/B	1 000 €/A/B
DIVERS				
Médecine douce (chiropractie, ostéopathie, psychologue, diététicien, podologue et psychomotricien)	120 €/A/B	120 €/A/B	160 €/A/B	160 €/A/B
Actes de prévention (visés par l'arrêté du 8 juin 2006)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ASSISTANCE APICIL Services				

⚠ La surcomplémentaire est non responsable et donc ne peut être souscrite que par le salarié en facultatif à titre individuel.

* OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique. Elles ont remplacé, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale. Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO.

** Dans le cadre du contrat responsable, pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le ticket modérateur est systématiquement couvert, le remboursement se fera sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le tarif d'autorité.

(1) Limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans par bénéficiaire, et ramené à un équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (de 0,25 dioptries).

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, le contrat prend en charge 100 % de la base de remboursement des prestations liées à la prévention et dont la liste a été établie par arrêté du 8 juin 2006, sous réserve du respect du parcours de soins.

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

BR : Base de Remboursement ; **SS** : Sécurité sociale ; **FR** : Frais réels ; **B** : Bénéficiaire ; **A** : Année ; **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; **TM** : Ticket Modérateur ; **J** : Jour

Handwritten notes:
 SE
 12 €
 12
 d

Article 3 :

Les dispositions du présent avenant prennent effet à compter du lendemain de la date d'expiration des délais d'opposition et des formalités de publications édictées ci-dessous.

Le présent avenant est déposé au Conseil de Prud'hommes de Paris et auprès des services centraux du Ministre chargé du Travail en deux exemplaires dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique.

Le présent avenant entre en vigueur dès les formalités de dépôt accomplies.

L'extension de l'avenant est sollicitée conformément aux dispositions du Code du travail (présentement l'article L. 2261-24 du Code du Travail).

Fait à Paris, le 21 juin 2018

Entre les Syndicats Professionnels :

CNAIB :



L'UPB :

FIEPPEC :



Et les Syndicats de Salariés :

CFDT des services : *Paule SAILLOUR-BOUCHARD*

CFE-CGC FNEC : *Guy Besson*

CGT commerces, distribution et services :

FGTA-FO :



UNSA FCS :

po K. Lantier et Laurent B...