

**AVENANT n°30 à la Convention Collective Nationale
Du Personnel des Administrateurs et des Mandataires Judiciaires.
IDCC 2706 – Brochure JO n°3353**

**AVENANT DU 4 OCTOBRE 2019 A L'ACCORD DU 26 FEVRIER 2015 RELATIF AU
REGIME DE FRAIS DE SOINS DE SANTE**

Préambule

Le présent avenant adapte à effet du 1er janvier 2020, les dispositions relatives aux garanties frais de santé de la Convention Collective Nationale des administrateurs et des mandataires judiciaires du 20 décembre 2007.

A cet effet, il intègre notamment les dispositions du décret n°2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Article 1 : Champ d'application

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des administrateurs et des mandataires judiciaires.

Suivant les dispositions de l'article L.2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L.2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime professionnel de santé dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la Convention Collective et ce quel que soit l'effectif de l'étude.

Article 2 : Garanties

Les dispositions de l'article II.1. intitulé « Définition des garanties » sont complétées comme suit.

Article 2.1. Définition des garanties

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par les articles L.871-1 et ses textes d'application. Elles sont également conformes aux dispositions de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale et à ses textes d'application.



A ce titre, elles prennent en charge l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins 100% santé.




Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés.

Article 3 : Tableau de garanties

Les dispositions de l'Annexe I intitulé Tableau de garanties sont annulées et remplacées comme suit.

Annexe I – Tableau de garanties

 <p>HOSPITALISATION (1) En établissement conventionné ou non</p>	Frais de séjour	En établissement conventionné	100% DE
		En établissement non conventionné	90% DE avec un minimum de 100% BR
	Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300 % BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale		100% DE sans limitation de durée
	Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100% DE
	Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	Y compris maternité – par nuitée ou par jour	2% PMSS
Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans – par nuitée	1,5% PMSS	
Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)	Par enfant	5% PMSS	
 <p>DENTAIRE auprès d'un professionnel</p>	Soins et prothèses 100% Santé**	A compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	Sans reste à payer (5)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	170% BR
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	Pas de prise en charge
	Prothèses autres que 100% Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursés par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	270% BR
		Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	270% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) – par acte dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire	247,25€
Implantologie	Implant hors pilier implantaire – par acte dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire	200€	
Orthodontie	Remboursée par la Sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire	300% BR	
	Non remboursée par la Sécurité sociale – par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	Pas de prise en charge	

 OPTIQUE (7) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière détaillée dans les CG)	Équipement 100% Santé** (classe A***)	<i>Y compris prestations pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)</i> <i>Y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)</i>	Sans reste à payer (6) Sans reste à payer (6) Sans reste à payer (6)
	Équipement autre que 100% Santé (classe B***)	Par équipement – par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** Par équipement – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	412€ dont 100€ maxi pour la monture 200€ dont 60€ maxi pour la monture
	Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B	Définies dans les CG	100% BR Dans la limite des PLV
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	4% PMSS par an par bénéficiaire (au-delà 100% BR)
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	15% PMSS
 AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale	260% BR
	A compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans	
	Équipement 100% Santé** (classe I****) Équipement autre que 100% Santé (classe II****)	Limité à 1700€ TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité***** Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	Sans reste à payer (6) 122% BR 260% BR 260% BR
	Accessoires et fournitures		260% BR
 SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux		
	Consultation / visite / consultation en ligne		
	Chez un généraliste ou spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	270% BR 200% BR
	Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	270% BR 200% BR
	Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire	100% BR

	maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100% DE
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	260% BR
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR (4)	100% BR
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique, forfait transport et hébergement thermal – forfait global annuel	100% BR + 5% PMSS
Médicaments	Médicaments remboursés	100% BR
	Contraception féminine non remboursée par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	50 €
	Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	50€
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale – par an et par bénéficiaire	25€
	Vaccins anti grippe	100% FR
	Consultation diététique par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 60€ par an	20€
	Ostéodensitométrie osseuse par an et par bénéficiaire	50€
Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursé par la Sécurité sociale	Médecine douce (Ostéopathe, micro kinésithérapie, chiropracteur) – par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 100€ par an	25€
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale		100% BR
SERVICES	Assistance	Incluse

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. 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 d'un euro ou d'une franchise). PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

* 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 ne pas dépasser les 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.am est à votre disposition.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les cotisations, 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.

**** Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste II dans les Conditions générales.

***** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

***** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(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 une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire.

admission et sortie le même jour.

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

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

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

(7) Nous participons à la prise en charge d'un équipement optique, composé d'une monture et deux verres, tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les enfants 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, la prise en charge est annuelle. Pour les enfants de moins de 6 ans, renouvellement tous les 6 d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.

La périodicité de deux ans ou d'un an s'apprécie à compter de la date d'acquisition du précédent équipement optique pris en charge par votre contrat. En cas de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, le point de départ de la période correspond à la date d'acquisition du 1er élément de (monture ou verres).

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement selon une fréquence annuelle s'apprécie, soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une différence de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la consommation.

Article 4 : Date d'application

Les dispositions du présent avenant entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Article 5 - Durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions légales.

Article 6 - Dépôt -Entrée en vigueur

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.

Article 7 - Extension

L'extension de l'avenant est sollicitée conformément aux dispositions de l'article L2261-24 du Code du Travail.

A Paris, le 4 OCTOBRE 2019, EN 6 EXEMPLAIRES

Pour les organisations d'employeurs	Pour les organisations syndicales de salariés	
ASPAJ 1, quai de Corse Tribunal de Commerce de Paris 75004 PARIS	CGT Fédération CGT des sociétés d'études 263, Rue de Paris 93514 MONTREUIL cedex	FEC FO 54 rue d'Hauteville 75010 PARIS

IFPPC 110 rue La Boétie – 75008		CFTC CSFV 34 Quai de la Loire 75019 PARIS
Fédération des Services CFDT	<i>AACE</i>	ANGTC PLE