

**Avenant n°1 à l'Accord du 17 mai 2016
relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé
dans la branche des pompes funèbres**

Entre :

Les fédérations d'employeurs représentatives soussignées,
d'une part,

Et

Les fédérations syndicales de salariés représentatives soussignées,
d'autre part.

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE :

Dans le cadre d'un dialogue social actif, les partenaires sociaux se sont accordés pour objet de modifier la grille des garanties du régime complémentaire santé collectif et obligatoire mis en place par l'accord du 17 mai 2016, afin de la mettre en conformité avec les évolutions légales et réglementaires concernant le reste à charge zéro.

Les organisations patronales et les organisations syndicales se sont rencontrées le 3 Juin 2020.

Au terme de la négociation, l'avenant suivant a été conclu.

Article 1er

Le présent texte a pour objet de modifier l'Accord du 17 mai 2016 relatif au régime professionnel de frais de santé.

Il entre en vigueur à effet du 1er janvier 2020.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 met en œuvre la réforme du « Reste à charge 0 » telle qu'issue de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, en garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires et en modifiant le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Les partenaires sociaux s'engagent, par le présent avenant à faire évoluer le régime conventionnel de couverture des frais de santé conformément aux évolutions réglementaires.

L'ensemble des cotisations revues au regard des nouvelles garanties, feront l'objet d'un appel d'offre qui ne pourra être lancé qu'à compter du mois de septembre 2020 eu égard à la période de pandémie que la France traverse à ce jour.

De fait le niveau des cotisations décrites dans l'accord du 17 mai 2016 reste un minima obligatoire dans la Branche Pompes Funèbres.

Conformément à la réforme appelée « Reste à charge zéro » ou « Panier de soins 100 % santé », et à la parution au Journal officiel du 12 janvier 2019 du décret du 11 janvier 2019 n° 2019-21 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, le régime collectif de complémentaire santé de la branche doit évoluer.

FF  MB  
 

Article 2

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises de la branche quel que soit leur effectif.

En effet, les garanties initialement prévues dans le cadre de l'accord du 17 mai 2016 s'appliquent aux entreprises indépendamment du nombre de salariés équivalent temps plein.

Il n'y a donc pas lieu de prévoir des dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés dans le cadre d'accord type compte tenu du fait que le thème de négociation du présent avenant, à savoir la prévoyance complémentaire, ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Le présent avenant s'applique donc à l'ensemble du personnel des entreprises visées au premier alinéa du présent article, sans condition d'ancienneté.

Article 3

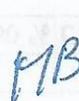
Le détail des garanties en vigueur à compter du 1er janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Prévention	
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché, par année civile et par bénéficiaire	6 % PMSS
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique, avec autorisation de mise sur le marché ou norme Afnor, par année civile et par bénéficiaire	30 Euros
Test ADN de dépistage de la trisomie 21, un test par grossesse en cas de risque de trisomie supérieur ou égal à 1/250	600 euros
Les séances d'activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la santé publique, sur prescription du médecin traitant. L'activité physique doit être dispensée par un professionnel de santé ou un professionnel titulaire d'un diplôme ou certification, tels que définis à l'article D1172-2 du Code de la santé publique, par année civile et par bénéficiaire	200 Euros
Connecteurs Bluetooth aux stylos à insuline et aux glucomètres, sur prescription médicale, une fois dans la vie du contrat par bénéficiaire et dans la limite de :	100 Euros
Tout acte de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	TM
Détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum)	170 % BR-MR
Dépistage de l'hépatite B	100 % BR-MR
Hospitalisation (y compris frais de maternité)	
Frais de séjour	
Dans un établissement conventionné	100 % FR-MR dans la limite de 400 % BR-MR
Dans un établissement non conventionné	90 % FR-MR dans la limite de 360 % BR-MR
La prise en charge de l'hospitalisation en établissement non conventionné sera au minimum égale à 100% du TM	
Honoraires	
Médecins conventionnés adhérents à l'un des DPTAM	100 % FR-MR dans la limite de 400 % BR-MR
Médecins conventionnés non adhérents à l'un des DPTAM	100 % FR-MR dans la limite de 200 % BR-MR

FF AP MB M. M
D17
AD

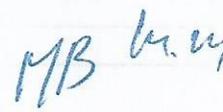
Forfait journalier hospitalier	100 % FR-MR
Forfait actes lourds	100 % Forfait
Chambre particulière (par jour) (maximum 15 jours par séjour)	
Dans un établissement conventionné	100 % FR-MR dans la limite de 3 % PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)
Dans un établissement non conventionné	90 % FR-MR dans la limite de 3 % PMSS (limite ramenée à 45 euros en ambulatoire)
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	
Dans un établissement conventionné	100 % FR-MR dans la limite de 2 % PMSS
Dans un établissement non conventionné	90 % FR-MR dans la limite de 2 % PMSS
<p>Sont pris en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.</p> <p>L'indemnisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, - des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale <p>est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>Au-delà de 30 jours, la garantie est limitée au ticket modérateur. Cette limitation ne s'applique pas au forfait journalier.</p>	
Maternité	
Forfait maternité (y compris en cas d'adoption plénière)	17,5 % PMSS
La prestation est multipliée par le nombre d'enfants nés ou adoptés au cours du même événement	
Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé*	100 % PLV - MR
Soins (Hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	170 % BR-MR
Les trois actes suivants de parodontologie : - Curetage / surfaçage - Greffe gingivale - Lambeau	500 Euros
dans la limite annuelle, par bénéficiaire, de :	
Prothèses (Hors 100% Santé)	
Panier Maîtrisé**	
Prothèses fixes et appareils amovibles y compris les appareils transitoires et réparations	370 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR
Inlays core	250 % BR-MR dans la limite de 100 % PLV-MR
Panier libre***	
Prothèses fixes et appareils amovibles y compris les appareils transitoires et réparations	370 % BR-MR
Inlays core	250 % BR-MR
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale (Couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	322,50 Euros

FF  MB  M. M. 
 DM 

Orthodontie	
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	350 % BR-MR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre (pour des soins débutés entre 16 et 30 ans), dans la limite de 4 semestres consécutifs par bénéficiaire	260 % BR Reconstituée
*Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
**Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
***Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale.	
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR
Consultation d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR
Consultation d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR
Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR
Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR
Visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM	170 % BR-MR
Visite d'un médecin spécialiste non adhérent à l'un des DPTAM	150 % BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	400 % BR-MR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR
Imagerie médicale	
Actes d'imagerie, échographies et doppler pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	600 % BR-MR
Actes d'imagerie, échographies et doppler pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	200 % BR-MR
Analyses et examens de laboratoire	
Pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues.	110 % BR-MR
Médicaments	
Médicament pris en charge par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15% Y compris les vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
Matériel Médical	
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	345 % BR-MR
Prothèses auditives non prises en charge par la sécurité sociale (par oreille et par an)	19,5 % PMSS

FF SP MB M. M. G
DH AD

Médecines non conventionnelles	
Forfait actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance	1 % PMSS
Acupuncteur / Chiropracteur / Ostéopathe Dans la limite par bénéficiaire et par an	2 séances
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, RPPS ou le n°FINESS du praticien sera demandé.	
Aides auditives	
A partir du 1^{er} janvier 2021	
Equipements 100% Santé* (Classe 1)	100 % PLV - MR
Equipements à tarifs libres (Classe 2)	
Adulte (Bénéficiaire de 21 ans ou plus) - par oreille et par période de 4 ans	1300 Euros - MR
Enfant (Bénéficiaire de moins de 21 ans) - par oreille et par période de 4 ans	1700 Euros - MR
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR-MR
*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
Autres Postes	
Frais de Transport en ambulance	100 % BR-MR
Cures Thermales : frais médicaux, de séjour et de transport	
Cure thermale prise en charge par la Sécurité Sociale	16 % PMSS
Cure thermale non prise en charge par la Sécurité Sociale mais prescrite par un médecin dans le cadre d'une maladie chronique et ayant fait l'objet d'un refus de la part de la Sécurité sociale (les frais de thalassothérapie ne sont pas pris en charge)	13 % PMSS
Optique	
Verres et monture	
Equipements 100% Santé*	100 % PLV - MR
Verres et montures à tarifs libres	Grille optique verres et monture
Adulte (Bénéficiaire de 16 ans ou plus)	
Enfant (Bénéficiaire de moins de 16 ans)	
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.	
*Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L.165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).	
Autres postes « optique »	
Lentilles de contact correctrices prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire),	5 % PMSS
Au-delà du forfait, la prise en charge est de 100 % TM	
Lentilles de contact correctrices non prises en charge par la Sécurité sociale (par année civile et par bénéficiaire)	8 % PMSS
Lentilles jetables (par année civile et par bénéficiaire)	8 % PMSS

FF  MB  
 07 

Grille optique – Verres et monture				
Montant par verre				
Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Enfant - de 16 ans	Adulte et enfant de 16 ans et +
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à +6 (*)	60 Euros - MR	90 Euros - MR
		SPH < à -6 ou > à +6	80 Euros - MR	110 Euros - MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à +4	70 Euros - MR	100 Euros - MR
		SPH > à 0 et S < ou = à +6	70 Euros - MR	100 Euros - MR
		SPH > à 0 et S > à +6	70 Euros - MR	100 Euros - MR
		SPH < à -6 et CYL > ou = à +0,25	90 Euros - MR	120 Euros - MR
		SPH de -6 à 0 et CYL > à +4	150 Euros - MR	160 Euros - MR
Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à +4	170 Euros - MR	250 Euros - MR
		SPH < à -4 ou > à +4	190 Euros - MR	270 Euros - MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à +4	200 Euros - MR	300 Euros - MR
		SPH > 0 et S < ou = à +8	200 Euros - MR	300 Euros - MR
		SPH de -8 à 0 et CYL > à +4	200 Euros - MR	300 Euros - MR
		SPH > à 0 et S > à +8	200 Euros - MR	300 Euros - MR
		SPH < à -8 et CYL > ou = à +0,25	200 Euros - MR	300 Euros - MR
Monture			90 Euros - MR	100 Euros - MR
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.				

Article 4

Le présent avenant est conclu à durée indéterminée.

La date d'entrée en vigueur du présent avenant est fixée au 1^{er} janvier 2020.

Il fera l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministère chargé du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

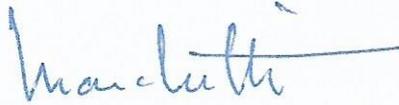
Dans les conditions fixées aux articles L.2261-15, L.2261-24 et L.2261-25 du code du travail, les parties signataires demandent l'extension du présent avenant. Il s'appliquera ainsi à l'ensemble de la branche professionnelle au premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

Fait à Paris, le 03 juin 2020

FF MB *[Signature]*

D7 MB

Pour la Confédération des Professionnels du Funéraire et de la Marbrerie,
14, Rue des Fossés Saint Marcel - 75005 PARIS



Pour la Fédération Française des Pompes Funèbres,
100, Rue de Ménilmontant, - 75020 PARIS

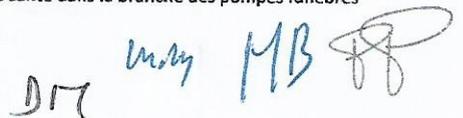


Pour la Fédération INTERCO CFTD,
47/49, Avenue Simon Bolivar - 75019 PARIS

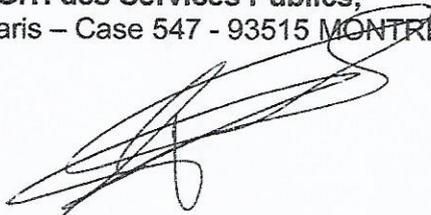
YVES SIRENEZ



Pour le Syndicat National de l'Encadrement des Services CFE-CGC,
Fédération Nationale de l'Encadrement du Commerce et des Services,
9, Rue de Rocroy - 75010 PARIS



**Pour le Syndicat National de Thanatologie,
Fédération C.G.T. des Services Publics,
263, Rue de Paris – Case 547 - 93515 MONTREUIL Cedex**



**Pour la Fédération Générale C.F.T.C des Transports,
FGT - 29, Avenue Henri GINOUX - 92120 MONTROUGE**



**Pour l'Union Nationale des Services Funéraires F.O.,
155, Rue de Rome - 75017 PARIS**

