

Brochure n° 3085 | Convention collective nationale

IDCC : 16 | **TRANSPORTS ROUTIERS ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES  
DU TRANSPORT**

**Avenant n° 3 du 3 février 2022**

à l'accord du 1<sup>er</sup> octobre 2012  
relatif à la création d'une obligation conventionnelle de souscrire  
un socle minimal de « protection santé »

NOR : ASET2250366M

IDCC : 16

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**OTRE ;**

**FNTR,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTE CFDT,**

**SNATT CFE-CGC ;**

**FNST CGT ;**

**FGT CFTC,**

d'autre part,

**Préambule**

Les partenaires sociaux du transport routier de marchandises sont profondément attachés aux dispositifs de protection sociale, éléments socles de l'attractivité des métiers.

En 2012, en devançant les évolutions interprofessionnelles, ils avaient fait le choix de mettre en place un dispositif de prise en charge des frais de santé pour les salariés du secteur.

Depuis cette date, et en dehors des évolutions liées à la réglementation (contrats responsables, 100 % santé), le régime mis en place n'a pas évolué. La mutualisation issue des dispositifs conventionnels a permis de maîtriser pendant près de 10 ans les cotisations à un niveau inchangé.

La crise sanitaire en cours démontre s'il en était besoin l'importance des couvertures sociales. L'amélioration des paniers de soins conventionnels est en outre requise à 2 niveaux : d'une part pour tenir compte de l'évolution des besoins des salariés du secteur dans la prise en charge de leurs soins et des services pouvant leur être proposés, d'autre part la réduction des restes à

charge dans les dépenses de soins les plus critiques est de nature à améliorer le pouvoir d'achat des salariés de la branche.

Les parties conviennent de ce qui suit :

### **Article 1<sup>er</sup> | Modification des cas de dispense**

Le quatrième tiret du deuxième paragraphe de l'article 1 B « Salariés bénéficiaires » est remplacé comme suit :

« – les salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) en application de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'échéance du contrat ; »

### **Article 2 | Modification de la définition des ayants droit**

L'article 1 C « Ayants droit » est remplacé et rédigé comme suit :

« Les salariés visés au point b de l'article 1 du présent accord peuvent choisir de couvrir leurs ayants droit en souscrivant des garanties complémentaires au régime obligatoire, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent accord.

Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint, le concubin ayant un domicile commun avec le salarié (l'adresse déclarée à la sécurité sociale faisant foi), la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- l(es) enfant(s) de moins de dix-huit ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur vingt-sixième anniversaire :

- pour les enfants poursuivant des études ;
- pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle emploi ;
- pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles. »

### **Article 3 | Modification des garanties du régime**

L'article 2 « Garanties du régime » est complété des dispositions suivantes :

« En complément des présentes garanties, les entreprises devront faire bénéficier à leurs salariés de la mise en place :

- d'un réseau de soins, dans les domaines de l'optique, du dentaire, et des audioprothèses ;
- d'une garantie assistance, incluant notamment un volet hospitalisation, et un volet aide aux aidants ;
- de prestations de téléconsultation, accessible 24 h/24 et 7j/7 ;
- d'un second avis médical pour les problèmes de santé les plus lourds ;
- d'un outil à la main de l'employeur lui permettant d'organiser un diagnostic santé digital dans l'entreprise ».

Les garanties minimales obligatoires sont fixées en annexe du présent avenant et seront insérées dans la CCNTR.

## **Article 4 | Modification de l'article 4 « Obligation de l'organisme assureur »**

L'article 4 précité est remplacé et rédigé comme suit :

« Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur :

1. L'entreprise employeur est tenue de remettre à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime de protection santé ainsi qu'à tout nouvel embauché une notice d'information sur ledit régime ; cette notice est établie sous la responsabilité de l'organisme assureur ; qui la met à disposition de l'entreprise employeur.

2. L'organisme assureur est tenu de :

- garantir la prise en charge de la suite des états pathologiques antérieurs à l'entrée en application du présent accord ;
- proposer une gamme de garanties complémentaires facultatives pour le salarié et/ou ses ayants droit. L'adhésion à ces garanties complémentaires est facultative et son coût, en l'absence de disposition spécifique en entreprise, repose intégralement sur le salarié. »

## **Article 5 | Cotisations**

L'article 5 « Financement » est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour le bénéfice des garanties conventionnelles figurant en annexe :

- les cotisations du régime sont fixées à 1,40 % du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié et par mois ;
  - la part minimale de cotisations à la charge de l'employeur est fixée à 0,70 % du PMSS ;
  - la part maximale de cotisations à la charge du salarié est fixée à 0,70 % du PMSS.

Pour les entreprises dont les salariés dépendent du régime local d'Alsace-Moselle, les cotisations sont fixées à 1,0 % du PMSS avec une cotisation à la charge de l'employeur fixée à 0,5 % du PMSS et une cotisation à la charge du salarié fixée à 0,5 % du PMSS.

La cotisation est due, pour chaque salarié bénéficiaire, à compter du 1<sup>er</sup> mois civil de l'embauche. En cas de rupture du contrat de travail en cours de mois, la cotisation est intégralement due pour le mois. »

## **Article 6 | Modification du maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

Le dernier paragraphe de l'article 6 « Cessation des garanties et cas de maintien de droit » est modifié comme suit :

« En cas de suspension du contrat de travail avec versement d'un maintien total ou partiel de salaire, ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, d'une indemnité d'activité partielle (y compris de longue durée) et de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...), la couverture est maintenue sous réserve que le salarié s'acquitte de la part salariale de la cotisation. Dans le cas d'une suspension du contrat de travail sans maintien de salaire, la couverture est suspendue sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation. »

## **Article 7 | Suppression de l'article 7 « Mise en œuvre en entreprise »**

L'article 7 « Mise en œuvre en entreprise » est supprimé.

## **Article 8 | Entreprises de moins de 50 salariés**

Les présentes dispositions sont applicables quel que soit l'effectif de l'entreprise sans qu'il ne soit nécessaire de prévoir de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 9 | Durée et entrée en application**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Les dispositions du présent avenant entrent en application à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Disposent d'un délai supplémentaire de 6 mois de mise en conformité aux dispositions du présent avenant par rapport à la date d'application du présent dispositif conventionnel fixée à l'article 9 du présent avenant :

- a) Les entreprises se trouvant dans une situation dans laquelle le taux de cotisation à la charge de l'employeur est égal ou supérieur au taux de cotisation résultant de l'article 5 du présent avenant à l'accord conventionnel de branche du 1<sup>er</sup> octobre 2012 ayant institué un socle minimal « Protection santé » ;
- b) Les entreprises dont les garanties correspondant au socle de « Protection santé » sont globalement plus favorables aux salariés que le socle minimal de garanties prévu par le présent avenant.

## **Article 10 | Publicité et dépôt**

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail du ministère du travail et d'une demande d'extension dans les conditions légales et réglementaires.

*Fait à Paris, le 3 février 2022.*

(Suivent les signatures.)

## Annexe 1 Tableau de garanties régime frais de santé TRM

Date d'effet : 1<sup>er</sup> juillet 2022

### Tableau de prestations

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit auprès de leur organisme assureur.

Il est précisé que le tableau suivant concerne tant les salariés du régime général de la sécurité sociale que ceux relevant du régime local Alsace-Moselle.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS
	Sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
<b>Consultations et visites de médecins généralistes :</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la sécurité sociale)	150% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la sécurité sociale)	130% de la BR
<b>Consultations et visites de médecins spécialistes :</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la sécurité sociale)	200% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la sécurité sociale)	130% de la BR
<b>Actes de chirurgie, d'anesthésie, obstétrique et actes techniques médicaux (exemple : extraction d'un grain de beauté) :</b>	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% de la BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100% de la BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie...)</b>	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	
Analyses et examens de laboratoire	100% de la BR
<b>MEDICAMENTS</b>	
Médicaments remboursés par la SS	100 % de la BR
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires...	100% de la BR

<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>HONORAIRES</b>	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	250% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% de la BR
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge intégrale
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	
Frais de séjour	225 % de la BR
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	75 €
Frais d'accompagnant par jour (moins de 16 ans)	50 €
<b>FORFAIT ACTES LOURDS ET FORFAIT PATIENT URGENCES</b>	Prise en charge intégrale
<b>DENTAIRE</b>	
<b>SOINS</b>	
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage ...)	100% de la BR
<b>SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"</b>	
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation
<b>PROTHESES</b>	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	200% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	200% de la BR
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	
Implantologie (pilier + implant) / limité à 3 implants / bénéficiaire / an	100 €
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	200% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	100 €

<b>OPTIQUE</b>	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles
<b>EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)</b>	
Monture + 2 verres de tous types de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)</b>	
<b>Grille optique</b>	
A - Équipement composé de deux verres « simples »	Verres : 280 € Y compris monture : 100 €
B - Équipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	Verres : 310 € Y compris monture : 100 €
C - Équipement composé de deux verres « complexes »	Verres : 340 € Y compris monture : 100 €
D - Équipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 320 € Y compris monture : 100 €
E - Équipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	Verres : 350 € Y compris monture : 100 €
F - Équipement avec deux verres « très complexes »	Verres : 360 € Y compris monture : 100 €
<b>PRESTATION D'ADAPTATION</b>	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>LENTILLES</b>	
<b>Lentilles correctrices</b>	
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	200 € <sup>(1)</sup>
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	80 €
<b>AIDE AUDITIVE</b>	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille
<b>EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)</b>	
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
<b>AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)</b>	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS / par appareil	150% de la BR
<b>ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE</b>	
Petits accessoires auditifs (piles...)	150% de la BR
<b>PREVENTION ET MEDECINES DOUCES</b>	
<b>FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE</b>	
Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique / par an et par bénéficiaire	110 €
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés) / an / bénéficiaire	20 €
<b>SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT</b>	
Sevrage tabagique (prescrit) / an / bénéficiaire	65 €

<b>DIVERS</b>	
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>	
Forfait maternité - adoption / par enfant	350 €
<b>TRANSPORT</b>	
Frais de transport remboursés par la SS	115% de la BR
<b>SERVICES</b>	
Assistance, réseau de soins, Téléconsultation, 2 <sup>nd</sup> avis médical	
(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.	

\* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.