

**Avenant n°2 du 10 Septembre 2019 portant  
modification de l'accord du 06 Novembre 2015  
relatif à la mise en place d'un régime conventionnel  
frais de santé dans le cadre de la CCNS**

**PREAMBULE :**

Le présent avenant a pour objet :

1. La modification du préambule et de l'article 2.
2. La modification des Titre IV à VII dans le cadre de la fin de la recommandation.
3. La lisibilité des garanties et la mise en conformité des garanties du régime de l'article 11.3.4 intitulé « Prestations », (qui renvoie aux tableaux de garanties figurant dans l'annexe dénommée : garanties collectives « complémentaire santé obligatoire ») avec la nouvelle réglementation en vigueur, à savoir, le nouveau cahier des charges du contrat responsable (Article R871-2 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019) dans le cadre de la réforme dite du « 100% santé ».
4. La modification des taux de cotisation conventionnels.

**ARTICLE 1ER : MODIFICATION DU PREAMBULE ET L'ARTICLE 2 .**

**Le préambule est supprimé et remplacé le texte suivant :**

**« Préambule**

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé avec la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche du sport ont décidé de mettre en place, par accord de branche, un régime frais de santé collectif et obligatoire au niveau national à compter du 1er janvier 2016, avec des prestations supérieures au panier de soins minimum défini par le législateur.

Les partenaires sociaux de la branche du sport ont eu à l'esprit la nécessité pour les salariés et les entreprises de bénéficier d'un régime pérenne, intégrant les dispositions relatives à la portabilité des droits et bénéficiant pleinement du dispositif du haut degré de solidarité. »

**L'article 2 est supprimé et remplacé par le texte suivant :**

**« Objet**

Le présent accord a pour objet la mise en place d'un régime collectif de frais de santé dans la branche du sport.

Ce régime collectif et obligatoire est constitué d'une couverture de frais de santé à adhésion obligatoire qui a pour but de compléter les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dénommée « régime conventionnel obligatoire ».

Ce régime intègre également :

- le maintien temporaire des couvertures complémentaires santé dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ;
- des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Des couvertures de frais de santé surcomplémentaires et facultatives ont également été créées.

Ces couvertures surcomplémentaires pourront être choisies :

- soit par les entreprises, à titre plus favorable, comme étant leur régime collectif à adhésion obligatoire ;
- soit par les salariés, à titre individuel, ainsi que pour leurs éventuels ayants droit.

Toute entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui mis en place par la branche au titre du régime conventionnel obligatoire, selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Il est en outre précisé que lorsqu'un régime de frais de santé est déjà mis en place dans une entreprise entrant dans le champ d'application du présent accord, ses stipulations devront être, le cas échéant, adaptées en conséquence, conformément aux dispositions réglementaires. »

### **ARTICLE 2 : MODIFICATION DES TITRES IV A VII.**

**Les titres IV à VII sont supprimés et remplacés par les titres suivants :**

**Le titre IV « Organismes assureurs recommandés » est supprimé de l'accord.**

**Le titre V devient le Titre IV « Garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité »**

Afin de satisfaire aux dispositions de l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale, le présent accord prévoit des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Tous les salariés couverts au titre du régime conventionnel obligatoire bénéficient de l'ensemble de ces mesures dans les conditions visées ci-après.

Article 10 – Définition des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Article 10.1 – Montant du financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité

Dans le cadre du présent accord, il est convenu que 2 % des cotisations acquittées au titre du régime conventionnel obligatoire pour les salariés sont affectées au financement des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité.

Article 10.2 – Actions prioritaires de la branche

Les partenaires sociaux de la branche conviennent de se réunir pour définir des actions prioritaires de solidarité et/ou de prévention conformément au décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014. Ces actions prendront en compte les spécificités particulières de la branche du sport.

Les garanties présentant un degré élevé de solidarité prendront la forme, notamment :

- d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé de branche ;
- de prestations d'action sociale, soit à titre individuel (attribution d'aides et de secours individuels aux salariés et leurs ayants droit, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie), soit à titre collectif (attribution d'aides aux salariés ou leurs ayants droits leur permettant de faire face à des situations telles que la perte d'autonomie, le handicap, ou encore le bénéfice d'un soutien aux aidants familiaux).

**Le Titre VI « Commission paritaire nationale » est supprimé de l'accord**

**Le titre VII « Date d'effet – Durée – Révision Dénonciation – Dépôt » devient le titre V et est remplacé par le texte suivant :**

Article 11 – Date d'effet – Durée – Dépôt

Le présent accord est conclu à effet du 01/01/2020. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année suivante.

Il est ainsi convenu que le présent accord sera déposé par la partie la plus diligente, conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Article 12 – Révision et dénonciation de l'accord.

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision, dans le respect de l'article L. 2261-7 du Code du travail, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve qu'une demande motivée soit transmise à chacune des parties signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées par les articles L. 2261-10 et suivants du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans le mois de la signification de la dénonciation.

**ARTICLE 3 : MODIFICATION DE L'ANNEXE 1 « REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE »**

L'annexe 1 de l'accord du 6 novembre 2015 issu de l'avenant n°1 du 07 novembre 2017, détaillant les prestations du régime conventionnel obligatoire, est remplacée par l'annexe du présent avenant.

Il est rappelé qu'à titre plus favorable, les structures couvertes par le présent accord peuvent faire le choix d'appliquer une couverture collective et obligatoire avec des niveaux de prestations égales ou supérieures, à celles du régime conventionnel obligatoire.

**ARTICLE 4 : MODIFICATION DE L'ARTICLE 7.1 « COTISATIONS DU REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE »**

Les taux de cotisations prévus à l'article 7.1 sont modifiés comme suit :

Au 1er janvier 2020, pour le régime conventionnel obligatoire (annexe I), les taux de cotisations pour les salariés isolés prévus par l'article 7.1 issu de l'accord du 06 novembre 2015 et de l'avenant n°1 du 07 novembre 2017 sont modifiés comme suit :

(En pourcentage du PMSS.)

Cotisation mensuelle	Salarié (ISOLE)
Régime général	0.92
Régime local (Alsace-Moselle)	0.59

Cette cotisation, donnée à titre informatif, peut être inférieure, sous réserve du respect de l'article 4 [de l'accord du 6 novembre 2015], notamment par l'application d'un taux d'appel.

**ARTICLE 5 : ORGANISMES ASSUREURS LABELLISES**

Les partenaires sociaux ont décidé de labelliser les organismes assureurs suivants :

- **UMANENS :**

Union de groupe mutualiste régie par le Code de la mutualité et soumise au livre I, SIREN n° 800 533 499, Siège social : 40, Boulevard Richard Lenoir 75011 PARIS composée de :

- LA MUTUELLE FAMILIALE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 784 442 915, Siège social : 52 rue d'Hauteville -75010 PARIS, Assureur, gestionnaire et distributeur ;

- IDENTITÉS MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 379 655 541, Siège social : 24, boulevard de Courcelles -75017 PARIS, assureur et distributeur ;

- l'UMG Mutualia, union de mutuelles du livre I du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 823 416 359, dont le siège social est situé à 19, rue de Paris - 93013 BOBIGNY CEDEX, assureur et distributeur.

- **LE GROUPEMENT DE CO ASSURANCE AESIO / MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE :**

- Groupe AESIO

Siège social : 25 place de la Madeleine. 75008 Paris

Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du livre I du code de la mutualité. Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°821 965 241 dont Adréa Mutuelle, Apréva Mutuelle et Eovi-mcd Mutuelle sont membres. Enregistrée à l'ORIAS en tant que mandataire d'assurance sous le n°16006968. Informations disponibles sur [www.orias.fr](http://www.orias.fr) ;

- MALAKOFF MEDERIC PREVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale. N° SIREN 775 691 181 dont le siège est situé 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

Institution de prévoyance du groupe Malakoff Médéric Humanis - 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Le groupe AESIO assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

- AG2R Prévoyance, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est à PARIS (75008), 104-110 boulevard Haussmann, membre du GIE AG2R
- LE GROUPEMENT DE CO ASSURANCE MUTUALISTE COMPOSE DE :

- HARMONIE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 538 518 473 – Siège sociale : 143 rue Blomet, 75015 PARIS ;

- MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 685 399 – Siège social : 3 square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15.

Ces mutuelles sont co-assureurs entre elles dans le cadre du groupement de co-assurance. Elles confient la coordination du dispositif et l'interlocution au Groupe VYV immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832 – siège social : 33 avenue du Maine – 75014 Paris.

Le Groupe VYV assure la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale pour le compte du groupement de coassurance ainsi constitué.

Cette labellisation – dépourvue de tout caractère contraignant – constate que ces organismes offrent des contrats conformes aux caractéristiques du régime conventionnel frais de santé.

### **ARTICLE 6 : EFFET ET DEPOT**

Le présent avenant prend effet le 1er janvier 2020. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année suivante.

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises couvertes par la Convention Collective Nationale du Sport (après extension pour les entreprises non adhérentes à l'une des organisations patronales signataires). Il ne nécessite pas d'adaptation spécifique ou la mise en place d'un accord-type par la branche pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Ses dispositions s'incorporent à l'accord frais de santé du 6 novembre 2015 et remplacent les dispositions prévues par l'avenant n°1 du 07 novembre 2017. Les parties signataires du présent accord s'engagent à réaliser les formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par la loi et à en demander l'extension auprès des services du ministère compétent.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

<b>CFDT :</b>	<b>CGT :</b>
<b>FNASS :</b>	

<b>CNEA :</b>	<b>COSMOS :</b>
---------------	-----------------

Annexe1 : Tableau de garanties

Les prestations idu régime de base intègrent le remboursement de la sécurité sociale		Régime Conventionnel R1	Régime Conventionnel R1 + Option R2	Régime Conventionnel R1 + Option R3	
Hospitalisation	Frais de séjour	130% BR	150% BR	180% BR	
	Honoraires, Actes de chirurgie, d'anesthésie, OPTAM	150% BR	190% BR	200% BR	
	Honoraires, Actes de chirurgie, d'anesthésie, NON OPTAM	120% BR	150% BR	180% BR	
	Forfait hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée Prise en charge intégrale du forfait	100% FR sans limitation de durée Prise en charge intégrale du forfait	100% FR sans limitation de durée Prise en charge intégrale du forfait	
	Participation forfaitaire actes lourds				
	Chambre particulière (limitée à 30 jours)	Non couvert	30€/jour	40€/jour	
	Lit d'accompagnement (pour enfant jusqu'à 12 ans)	Non couvert	30€/jour	40€/jour	
	Transport pris en charge par la SS (1)	100% BR	100% BR	100% BR	
Soins courants	Visites, consultations de généralistes OPTAM	120% BR	130% BR	130% BR	
	Visites, consultations de généralistes non OPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	
	Visites, consultations de spécialistes OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR	
	Visites, consultations de spécialistes non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR	
	Analyses	100% BR	100% BR	100% BR	
	Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR	
	Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR	
	Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	
	Actes de chirurgie et techniques médicaux OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR	
	Actes de chirurgie et techniques médicaux non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR	
Pharmacie	Médicaments à service médical rendu (SMR) "majeur" ou "important"				
	Médicaments à service médical rendu (SMR) "modéré"	100% BR	100% BR	100% BR	
	Médicaments à service médical rendu (SMR) "faible"				
		Modalités de renouvellement décrite en annexe* Prise en charge de la monture dans la limite de 100€			
Equipement 100% Santé (équipement de classe A)					
Equipement de classe A (monture+verres) y compris prestations d'appariage pour des verres de classe A d'indices de refraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres		RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipement libres Réseau partenaire :					
Optique	Equipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €	
	Equipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €	
	Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	230 €	240 €	320 €	
	Equipement libre Hors réseau :				
	Equipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €	
	Equipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €	
	Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	170 €	170 €	180 €	
	Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR dans la limite des PLV 100% BR	100% BR dans la limite des PLV 100% BR	100% BR dans la limite des PLV 100% BR	
	Lentilles prises en charge par la SS				
	Lentilles non prises en charge par la SS	BR + 70 €/an	BR + 150 €/an	BR + 200 €/an	
Lentilles jetables					



Dentaire	<b>Soins</b>			
	Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
	<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b>			
	Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF
	<b>Prothèses</b>			
	<b>Panier maîtrisé</b>			
	Inlay-Onlay	160% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
	Soins et Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	175% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	270% BR dans la limite des HLF
	<b>Panier libre</b>			
	Inlay-Onlay	160% BR	200% BR	200% BR
	Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	175% BR	200% BR	270% BR
	<b>Autres actes dentaires</b>			
	Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	160% BR	200% BR	270% BR
Autres	<b>SOINS JUSQU'AU 31/12/2020</b>			
	<b>Aides auditives remboursées SS</b>			
	Prothèses auditives	130% BR	160% BR	220% BR
	<b>SOINS A COMPTER DU 01/01/2021</b>			
	<b>Equipement 100% Santé (équipement de classe I)</b>	Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans		
	Aides auditives remboursées par la SS	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF
	<b>Equipement libre (équipement de classe II)</b>	Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable		
	Prothèses auditives prise en charge par la SS	130% BR	160% BR	220% BR
	<b>Piles remboursées SS</b>			
	Piles remboursées SS	100% BR	100% BR	100% BR
<i>Orthopédie et autres prothèses prise en charge par la SS</i>	130% BR	160% BR	220% BR	
Ostéopathie	25€/an limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	

(1) ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR

Les équipements 100% Santé et les prestations supplémentaires y afférentes sont ceux définis réglementairement

Les équipements libre ou relevant du panier maîtrisé sont tels que définis réglementairement

Conditions de renouvellement de l'équipement

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.