

Brochure n° 3265

Convention collective nationale

IDCC : 1672. – **SOCIÉTÉS D'ASSURANCES**
(6^e édition. – Juillet 2003)

AVENANT DU 5 DÉCEMBRE 2005
RELATIF AU RÈGLEMENT DU RÉGIME
PROFESSIONNEL DE PRÉVOYANCE
NOR : ASET0650151M

Entre :

La fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) ;
Le groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA),

D'une part, et

La fédération des services CFDT (branche assurances) ;

La fédération de l'assurance CFE-CGC ;

Le syndicat national de l'assurance, de la prévoyance et de l'assistance
des employés, techniciens et agents de maîtrise (SNAETAM) CFE-CGC ;

Le syndicat national des cadres de l'assurance, de la prévoyance et de
l'assistance (SNCAPA) CFE-CGC ;

Le syndicat national des inspecteurs d'assurances (SNIA) CFE-CGC ;

La fédération des syndicats commerce, services et force de vente (CSFV)
CFTC ;

La fédération des syndicats du personnel de la banque et de l'assurance
(branche assurances) CGT,

D'autre part,

Vu le règlement du régime professionnel de prévoyance du personnel des
sociétés d'assurances en date du 5 mars 1962 (mis à jour au 1^{er} avril 2003) ;

Vu l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale tel que résultant de la
loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et de la loi
n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004 ;

Vu les articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tels que résultant du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le code de la sécurité sociale,

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Remboursement des frais de soins

I. Les paragraphes 1° et 2° de l'article 22 du règlement du régime professionnel de prévoyance sont modifiés comme suit :

« 1° Montant et limite des remboursements :

La prestation est fixée à 100 % de la différence globale entre les frais réels engagés et les remboursements correspondants de la sécurité sociale dans les limites prévues par le barème ci-dessous et sous les réserves suivantes :

En application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, pour les actes effectués par les médecins (y compris les radiologues et les stomatologues) et les frais d'hospitalisation, ne sont pas remboursés :

- les majorations de participation prévues par les articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

ACTES POUR LESQUELS LA LIMITE EST FIXÉE EN EUROS (au 1 ^{er} janvier 2006)	
Consultation de généraliste	18,88
Consultation de spécialiste	37,76
Consultation de professeur	56,64
Visite de généraliste	22,66
Visite de spécialiste	45,31
Visite de professeur	67,97
Visite de nuit	47,20
Visite du dimanche	35,87
Chambre particulière	23,60

ACTES POUR LESQUELS CETTE LIMITE EST FIXÉE en pourcentage du remboursement de la sécurité sociale	
Prothèses	200 % du remboursement SS
Orthopédie-transport	200 % du remboursement SS
Optique-lunetterie	500 % du remboursement SS
Soins dentaires (1)	50 % du remboursement SS

ACTES POUR LESQUELS CETTE LIMITE EST FIXÉE en pourcentage du remboursement de la sécurité sociale	
Prothèses dentaires (1)	200 % du remboursement SS
Orthodontie	200 % du remboursement SS
Actes d'électro-radiologie	250 % du remboursement SS
Actes de stomatologie	560 % du remboursement SS
(1) Pour ces actes, le remboursement est calculé sur la base du tarif de convention de la sécurité sociale net de ticket modérateur, que le remboursement de la sécurité sociale ait été ou non effectué sur cette base.	

ACTES POUR LESQUELS CETTE LIMITE EST FIXÉE en pourcentage du tarif de convention de la sécurité sociale	
Actes de chirurgie et de spécialités	200 % du tarif de convention
Auxiliaires médicaux	25 % du tarif de convention
Médicaments remboursés à 65 %	30 % du tarif de convention
Autre pharmacie	21 % du tarif de convention
Analyses	35 % du tarif de convention

FRAIS DE SÉJOUR LIÉS À UNE HOSPITALISATION : remboursement du ticket modérateur
--

2° Franchise

Sur le montant des remboursements des frais engagés au cours d'une année civile et calculés comme il est dit au 1° ci-dessus, une somme reste à la charge du salarié à titre de franchise.

Toutefois, cette franchise ne s'applique pas aux médicaments remboursés à 65 % par la sécurité sociale, aux analyses ni aux consultations et visites des médecins.

La franchise est de (pour 2006) :

- 26,10 € pour les salariés dont la rémunération est au plus égale au plafond de la sécurité sociale ;
- 52,20 € pour les salariés dont la rémunération est supérieure à ce plafond et au plus égale au double de ce plafond ;
- 78,30 € pour les salariés dont la rémunération est supérieure au double de ce plafond et au plus égale au triple de ce plafond ;
- 104,40 € pour les salariés dont la rémunération est supérieure au triple de ce plafond.

Pour déterminer le niveau de la franchise, la rémunération retenue est :

- lors d'une affiliation ou d'une réaffiliation au présent régime, la rémunération définie à l'article 9 du présent règlement. Toutefois, le niveau de la franchise d'un salarié réaffilié au cours d'un exercice, et qui se trouvait avoir été déjà affilié au cours du même exercice, reste inchangé ;
- pour chacun des exercices postérieurs à celui de l'affiliation ou de la réaffiliation, la rémunération de l'exercice précédent, telle qu'elle est définie à l'article 9 du présent règlement.

II. Les montants des remboursements des frais de soins et de la franchise ci-dessus indiqués, applicables à compter du 1^{er} janvier 2006, tiennent compte de la revalorisation prévue à l'article 28 du règlement du régime professionnel de prévoyance. »

Article 2

Prestations de prévention

Conformément à l'article R. 871-2, II du code de la sécurité sociale, le régime prendra en charge le ticket modérateur correspondant à 2 prestations de prévention qui seront à déterminer par la commission paritaire parmi la liste qui doit être établie par arrêté ministériel à paraître.

Article 3

Mécanisme d'autorégulation automatique

Les paragraphes 3^o et 4^o de l'article 31 du règlement du régime professionnel de prévoyance sont modifiés comme suit :

« 3^o Amélioration des garanties

Ces améliorations portent sur le risque maladie, dans l'ordre suivant :

- amélioration uniforme des garanties pour lesquelles le remboursement est inférieur au ticket modérateur, hors majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale ;
- au-delà, diminution de la franchise de 12,5 %.

4^o Diminution des garanties

Ces diminutions portent sur le risque maladie, dans l'ordre suivant :

- augmentation de la franchise de 12,5 % ;
- puis abaissement uniforme des limites de remboursement sur les consultations et visites, dans la limite de 25 % pour les consultations et visites de généralistes et 50 % pour les consultations et visites de spécialistes ou de professeurs ;
- et enfin, si nécessaire, nouvelle augmentation de la franchise de 12,5 %.

Dans l'hypothèse où la diminution de ces garanties serait insuffisante ou de nature à remettre en cause le remboursement du ticket modérateur des consultations et visites des médecins, la commission paritaire professionnelle se réunirait pour examiner la situation. »

Article 4

Dispositions diverses

1^o Constatant qu'au vu de l'analyse prospective des résultats probables de l'exercice 2005, visée à l'article 31-5^o du règlement du RPP, le compte pré-

visionnel du régime laisse apparaître un solde déficitaire de l'ordre de 3,6 millions d'€, les organisations signataires décident, à titre exceptionnel, de suspendre l'application formelle du mécanisme d'autorégulation automatique pour l'exercice 2006.

Au titre de 2005, ce déficit sera pris en charge par la provision d'égalisation de manière à assurer le maintien des prestations du régime.

2° Les aménagements du RPP résultant du présent avenant sont destinés à rendre le régime conforme aux dispositions de la loi du 13 août 2004 et du décret du 29 septembre 2005 relatifs à la réforme maladie.

Ils devraient entraîner, pour l'année 2006, des dépenses supplémentaires pour le régime de l'ordre de 3,5 millions d'€. Celles-ci seront prises en charge par la provision d'égalisation.

3° Soucieuse de la pérennité du régime, la commission paritaire se réunira au cours du premier semestre 2006 afin :

- d'une part, de procéder à un réexamen d'ensemble du RPP ;
- d'autre part, d'examiner, en tant que de besoin, les incidences, sur le régime, des mesures annoncées en matière de sécurité sociale. Celles-ci viseraient, notamment, les prestations de prévention, le forfait de 18 € à la charge des patients et le déremboursement des médicaments.

La première commission paritaire prévoyance se tiendra le 18 janvier 2006 à 9 h 30 ; les parties fixeront, à cette occasion, le calendrier des négociations afin de tenir au moins une réunion par mois.

Article 5

Date d'effet

Les articles 1^{er} et 3 du présent avenant au règlement du RPP prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2006.

En ce qui concerne l'article 1^{er}, ses dispositions s'appliqueront aux frais engagés à compter de cette date.

Fait à Paris, le 5 décembre 2005.

(Suivent les signatures.)