

Brochure n° 3265

Convention collective nationale

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

AVENANT DU 28 DÉCEMBRE 2005
RELATIF AU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES
NOR : *ASET0650266M*
IDCC : 1672

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 (branche assurances) CFTD ;

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

L'UNSA banques, assurances et sociétés financières.

D'autre part,

Vu le règlement du régime d'assurance maladie des allocataires en date du 16 janvier 1984 modifié par les protocoles d'accord des 21 décembre 1990, 17 septembre 1991, 12 octobre 1994, 30 octobre 1996, 5 décembre 1997, 11 décembre 2000, 22 novembre 2001 et 24 juin 2002 ;

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}

Garanties

1. Un nouveau paragraphe *d* est inséré à l'article 3 du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires, rédigé comme suit :

« *d*) 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. »

L'ancien paragraphe *d* de l'article 3 du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires devient paragraphe *e*.

Le tableau des garanties de la formule 1 figurant en annexe au règlement du régime d'assurance maladie des allocataires est modifié comme suit :

Formule 1

NATURE DES DÉPENSES	PRESTATIONS
Consultations Visites	30 % du tarif de convention de la sécurité sociale
Actes de spécialités Radiologie Soins dentaires	27 % des prestations de la sécurité sociale
Analyses Médicaments remboursés à 65 % Pharmacie à 35 % Auxiliaires médicaux	35 % du tarif de convention de la sécurité sociale 30 % du tarif de convention de la sécurité sociale 29 % des prestations de la sécurité sociale 27 % des prestations de la sécurité sociale
Prothèses dentaires Autres prothèses et orthopédie	160 % des prestations de la sécurité sociale
Optique, lunetterie	325 % des prestations de la sécurité sociale
Hospitalisation : – frais de séjour – actes chirurgicaux – chambre particulière	Remboursement du ticket modérateur 105 % des prestations de la sécurité sociale 16,72 €

NB. – *a*) Le forfait journalier n'est pas remboursé.

b) Pour les personnes exonérées du ticket modérateur (TM), ce barème ouvre des droits à dépassement ; le pourcentage en question s'applique alors au tarif de convention puisque la prestation sécurité sociale est égale à ce tarif.

Article 2

Clause de sauvegarde

L'article 10 du règlement du régime d'assurance maladie des allocataires est modifié comme suit :

Article 10

Clause de sauvegarde

Si les ressources du régime s'avéraient insuffisantes pour assumer la charge du service des prestations de prévoyance prévues, les garanties de celui-ci seraient, après examen de la situation par les parties signataires, et à défaut d'une autre solution, réduites proportionnellement dès l'exercice suivant, à l'exception des consultations et visites des médecins, des médicaments remboursés à 65 % par la sécurité sociale et des analyses.

Article 3

Prestations de prévention

Conformément à l'article R. 871-2-II, du code de la sécurité sociale, les différentes formules du régime prendront 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 4

Montant des primes

Les montants des primes trimestrielles, pour les 2^e, 3^e et 4^e trimestres de l'année 2006 sont fixés à :

- formule 1 : 85,50 € ;
- formule 1 bis : 120,00 € ;
- formule 2 : 163,25 € ;
- formule 3 : 181,00 € ;
- formule 4 : 221,00 €.

Article 5

Date d'effet

Les articles 1^{er} et 2 du présent avenant prendront effet à compter du 1^{er} janvier 2006.

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

Article 6

Dispositions diverses

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 examen d'ensemble des garanties et primes du régime d'assurance maladie des allocataires ;

- d'autre part, d'examiner, en tant que de besoin, les incidences, sur le régime, des mesures qui devraient être prochainement adoptées 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.

Fait à Paris, le 28 décembre 2005.

(Suivent les signatures.)