

Brochure n° 3283

Convention collective nationale

IDCC : 2021. – GOLF

**AVENANT N° 58 DU 12 FÉVRIER 2013
RELATIF À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ**

NOR : ASET1350420M

IDCC : 2021

PRÉAMBULE

Eu égard au résultat positif du régime d'assurance complémentaire frais de santé obligatoire mis en place par l'avenant n° 53 du 22 juin 2010, la commission paritaire de suivi composée de représentants des organisations ayant signé ledit avenant entend par le biais du présent avenant compléter les dispositions dudit avenant, notamment en améliorant les prestations existantes et en créant de nouvelles garanties.

Article 1^{er}

Les dispositions du présent avenant compléteront l'article 11.3 de la convention collective nationale du golf du 13 juillet 1998.

L'article 11.3.1.2, 4^e alinéa, sera rédigé comme suit :

« Ont par ailleurs la possibilité de solliciter une dispense afin de ne pas souscrire au présent régime les salariés se trouvant dans un des cas ci-dessous :

- salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi ;
- salariés à temps partiel pour lesquels le montant de cotisation à leur charge représenterait 10 % ou plus de leur rémunération ;
- salariés bénéficiaires de la CMU-C ainsi que ceux bénéficiant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé visée à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale ;
- salariés bénéficiant en qualité d'ayant droit de leur conjoint, d'une couverture complémentaire santé collective obligatoire, pour un niveau de prestations au moins équivalentes ;
- salariés exerçant par ailleurs une activité libérale. »

L'article 11.3.2 sera désormais rédigé ainsi qu'il suit :

« Article 11.3.2

Garanties

Le présent régime couvre à titre obligatoire le salarié seul (régime isolé).

En sus du régime isolé, l'employeur peut également mettre en place une complémentaire santé familiale obligatoire ou une complémentaire santé monoparentale obligatoire couvrant le salarié et ses ayants droit, selon la composition de la famille.

Si l'employeur choisit de ne mettre en place que le régime isolé, le salarié peut opter individuellement pour une complémentaire santé familiale ou monoparentale facultative dans le cadre de l'accord.

Pour le régime familial sont considérés comme ayants droit du salarié :

- le conjoint, concubin ou cosignataire du Pacs sur présentation de justificatifs ;
- les enfants âgés de moins de 18 ans, non salariés, et les enfants âgés de moins de 28 ans qui justifient :
 - de la poursuite d'études ;
 - d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance ;
 - de leur première inscription en tant que demandeur d'emploi non indemnisé au titre de la réglementation en vigueur ;
- les personnes vivant sous le toit de l'assuré et à sa charge au sens fiscal du terme sur présentation d'un justificatif (ascendants, descendants et collatéraux), sauf refus exprès du représentant légal ;
- tout autre ayant droit reconnu par un régime obligatoire de base.

Pour le régime monoparental, sont considérés comme enfants du salarié :

- les enfants âgés de moins de 18 ans, non salariés, et les enfants âgés de moins de 28 ans qui justifient :
 - de la poursuite d'études ;
 - d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance ;
 - de leur première inscription en tant que demandeur d'emploi non indemnisé au titre de la réglementation en vigueur.

Le présent régime a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime social de base, dans la limite des frais réellement engagés.

Ce régime s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats dits "responsables" défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets et arrêtés d'application, et à ce titre les contributions patronales sont exonérées.

Ainsi, le présent régime ne rembourse ni les pénalités mises à la charge de l'assuré notamment en cas de non-respect du parcours de soins ni la participation forfaitaire et la franchise respectivement prévues aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

En tout état de cause, les garanties du présent régime seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législative et réglementaire régissant les garanties des contrats dits "responsables".

En complément du régime conventionnel ci-dessus décrit, les organismes assureurs ont proposé à la commission paritaire de suivi qui l'a validée la possible mise en place par les entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord d'une garantie surcomplémentaire au régime conventionné.

La nature et le montant des prestations du régime conventionnel et des garanties surcomplémentaires sont présentés dans le tableau n° 2 annexé aux présentes. »

L'article 11.3.5.1 sera rédigé de la façon suivante :

« 11.3.5.1. Taux de cotisations et répartition

Régime conventionnel obligatoire

Régime isolé (salarié seul) :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié seul à titre obligatoire, est de 1,26 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 40 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;

- 60 % à la charge du salarié, soit un taux de 0,76 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Famille (salarié et ses ayants droit) obligatoire :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et sa famille (conjoint et enfants) à titre obligatoire, est de 3,30 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 40 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 1,32 % (PMSS) ;
- 60 % à la charge du salarié, soit un taux de 1,98 % (PMSS).

Monoparentale (salarié et ses enfants) obligatoire :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et ses enfants à titre obligatoire, est de 2,20 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 40 % à la charge de l'employeur, soit un taux de 0,88 % du plafond mensuel de la sécurité sociale ;
- 60 % à la charge du salarié, soit un taux de 1,32 % du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les taux ci-dessus sont applicables pour l'exercice 2013 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2012.

Cette répartition de la cotisation peut être négociée dans le cadre d'un accord d'entreprise mais, en tout état de cause, la participation de l'employeur ne pourra jamais être inférieure aux taux prévus ci-dessus.

Régime conventionnel facultatif

Famille (salarié et ses ayants droit) facultatif :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et sa famille à titre facultatif, est de 3,30 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 0,50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale au titre de la cotisation salarié isolé à la charge de l'employeur ;
- 2,80 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 0,76 % au titre de la cotisation salarié isolé majoré de 2,04 % au titre de l'option familiale facultative à la charge du salarié.

Monoparentale (salarié et ses enfants) facultatif :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et ses enfants à titre facultatif, est de 2,20 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et réparti comme suit :

- 0,50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale au titre de la cotisation salarié isolé à la charge de l'employeur ;
- 1,70 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 0,76 % au titre de la cotisation salarié isolé obligatoire majoré de 0,94 % au titre de l'option monoparentale facultative à la charge du salarié.

Les taux ci-dessus sont applicables pour l'exercice 2013 dans le cadre de la réglementation applicable au 1^{er} janvier 2012.

Régime surcomplémentaire (dispositif optionnel)

Régime isolé (salarié seul) :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations de la garantie surcomplémentaire définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié seul, est de 0,63 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Famille (salarié et ses ayants droit) :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations de la garantie surcomplémentaire définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et sa famille, est de 1,97 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Monoparentale (salarié + enfants) :

Le taux global d'appel des cotisations mensuelles destinées au financement des prestations de la garantie surcomplémentaire définies à l'article 11.3.2, couvrant le salarié et ses enfants, est de 1,20 %. Ce taux est défini en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

En cas d'accord d'entreprise ou de décision unilatérale de l'employeur de rendre obligatoire un régime de surcomplémentaire pour l'ensemble ou une catégorie objective de salariés, les cotisations susvisées feront l'objet d'une répartition négociée entre employeur et salariés. Seule la mise en place d'un régime collectif et obligatoire applicable à l'ensemble du personnel ou une catégorie objective de personnel permet de bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. »

Article 2

Les autres dispositions demeurent inchangées.

Article 3

Le présent avenant entrera en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent avenant si les circonstances en démontrent l'utilité.

Article 4

Les partenaires sociaux signataires s'engagent à déposer le texte du présent avenant à la direction des relations du travail ainsi qu'au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris et à effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir l'extension auprès du ministère concerné.

Fait à Levallois-Perret, le 12 février 2013.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

GFGA ;
GEGF.

Syndicats de salariés :

CFDT ;
CFE-CGC ;
CFTC ;
CGT ;
CGT-FO.

ANNEXE I

TARIFICATION RÉGIME GÉNÉRAL ET RÉGIME ALSACE-MOSELLE

Régime général

(En pourcentage PMSS) ()*

ACTIFS	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	1,26	0,63
Isolé + enfant(s)	2,20	1,20
Famille	3,30	1,97

(En euros.)

ACTIFS	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	38,884	19,442
Isolé + enfant(s)	67,892	37,032
Famille	101,838	60,794

(En pourcentage PMSS) ()*

LOI EVIN	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	1,89	0,95
Isolé + enfant(s)	3,30	1,80
Famille	4,95	2,96

(En euros.)

LOI EVIN	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	58,325	29,317
Isolé + enfant(s)	101,838	55,548
Famille	152,757	91,346

(*) Sous réserve d'un plafond mensuel sécurité sociale à 3 086 € en 2013.

Régime local Alsace-Moselle

(En pourcentage PMSS) (*)

ACTIFS	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	0,95	0,47
Isolé + enfant(s)	1,65	0,90
Famille	2,48	1,48

(En euros.)

ACTIFS	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	29,317	14,504
Isolé + enfant(s)	50,919	27,774
Famille	76,533	45,673

(En pourcentage PMSS) (*)

LOI EVIN	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	1,42	0,71
Isolé + enfant(s)	2,48	1,35
Famille	3,72	2,22

(En euros.)

LOI EVIN	GARANTIE CCN Golf	SUPPLÉMENT Golf sup.
Isolé	43,821	21,911
Isolé + enfant(s)	76,533	41,661
Famille	114,799	68,509

(*) Sous réserve d'un plafond mensuel sécurité sociale à 3 086 € en 2013.

ANNEXE II

LISTE DES GARANTIES RÉGIME CONVENTIONNEL ET SURCOMPLÉMENTAIRE

Régime général

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (RO) en % du TC (*) ou de la BR (*)	GARANTIE GOLF en % du TC (*) ou de la BR (*)	SURCOMPLÉMENTAIRE Golf sup. en % du TC (*) ou de la BR (*) ; en supplé- ment de la garantie Golf
Frais médicaux			
Consultations, visites médecins généralistes et spécialistes	70 %	30 %	100 %
Actes et soins infirmiers, sages-femmes, pédicurie-podologie, orthoptie, orthophonie et kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Radiologie, imagerie médicale	70 %	30 %	100 %
Actes de prévention « responsables » (**)	70 % / 60 %	30 % / 40 %	–
Cure thermale prise en charge par le régime de base	70 % / 65 %	–	30 % / 35 % + 200 € par an
Pharmacie			
Vignettes bleues	65 %	35 %	–
Vignettes blanches	35 %	65 %	–
Optique			
Verres, montures et lentilles prises en charge par le régime de base	60 %	390 % + 200 € par an	200 € par an
Dentaire			
Soins dentaires	70 %	30 %	100 %
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	70 %	140 % + 300 € par an	200 € par an
Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	–	Néant	200 % TC reconstitué
Orthodontie acceptée par le régime de base (moins de 16 ans)	100 %	150 %	200 %
Parodontologie non prise en charge par le régime de base	–	–	100 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses orthopédiques	60 %	40 %	150 %
Prothèses auditives prises en charge par le régime de base (par oreille / tous les 3 ans)	60 %	–	340 %

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (RO) en % du TC (*) ou de la BR (*)	GARANTIE GOLF en % du TC (*) ou de la BR (*)	SURCOMPLÉMENTAIRE Golf sup. en % du TC (*) ou de la BR (*) ; en supplé- ment de la garantie Golf
Hospitalisation médicale ou chirurgicale			
Frais de soins et de séjours (conventionné ou non)	80 % / 100 %	20 % / –	100 %
Dépassements d'honoraires	–	150 %	100 %
Forfait journalier d'hospitalisation	–	100 % FR	–
Chambre particulière	–	25 € par jour	50 € par jour
Lit accompagnant enfant	–	–	52 € par jour
Hospitalisation maternité			
Frais de soins et de séjours (conventionné ou non)			
Dépassements d'honoraires	100 %	1/3 PMSS (1 028,67 €)	–
Chambre particulière			
Compléments divers			
Transport médical sur prescription	65 %	35 %	100 %
Ostéopathie, acupuncture	–	Plafond 80 € par an	–
Assistance santé CCMO Mutuelle	24 h / 24	24 h / 24	–
<p>(*) TC : tarif de convention / BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur 2013 : 3 086 €). Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurance maladie obligatoire français. Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement. Pour toute information complémentaire, les statuts et le règlement de notre mutuelle vous seront adressés sur simple demande. Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) et s'entendent part régime obligatoire non comprise. (**) Liste des actes de prévention responsables (arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ; – bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ; – les actes de vaccination suivants, seuls ou combinés : diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, <i>haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; – un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; – acte de dépistage de l'hépatite B ; – dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, avec tympanométrie, vocale dans le bruit / tonale et vocale / tonale et vocale avec tympanométrie ; – l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans. 			

Régime local Alsace-Moselle

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (RO) en % du TC (*) ou de la BR (*)	GARANTIE GOLF en % du TC (*) ou de la BR (*)	SURCOMPLÉMENTAIRE Golf sup. en % du TC (*) ou de la BR (*) ; en supplé- ment de la garantie Golf
Frais médicaux			
Consultations, visites médecins généralistes et spécialistes	90 %	10 %	100 %
Actes et soins infirmiers, sages-femmes, pédicurie-podologie, orthoptie, orthophonie et kinésithérapie	90 %	10 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	90 %	10 %	100 %
Radiologie, imagerie médicale	90 %	10 %	100 %
Actes de prévention « responsables » (**)	90 %	10 %	–
Cure thermale prise en charge par le régime de base	70 % / 65 %	–	30 % / 35 % + 200 € par an
Pharmacie			
Vignettes bleues	80 %	20 %	–
Vignettes blanches	90 %	10 %	–
Optique			
Verres, montures et lentilles prises en charge par le régime de base	90 %	360 % + 200 € par an	200 € par an
Dentaire			
Soins dentaires	90 %	10 %	100 %
Prothèses dentaires prises en charge par le régime de base	90 %	120 % + 300 € par an	200 € par an
Prothèses dentaires non prises en charge par le régime de base	–	Néant	200 % TC reconstitué
Orthodontie acceptée par le régime de base (moins de 16 ans)	100 %	150 %	200 %
Parodontologie non prise en charge par le régime de base	–	–	100 € par an
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, prothèses orthopédiques	90 %	10 %	150 %
Prothèses auditives prises en charge par le régime de base (par oreille / tous les 3 ans)	90 %	–	340 %
Hospitalisation médicale ou chirurgicale			
Frais de soins et de séjours (conventionné ou non)	100 %	–	100 %
Dépassements d'honoraires	–	150 %	100 %
Forfait journalier d'hospitalisation	–	100 % FR	–
Chambre particulière	–	25 € par jour	50 € par jour
Lit accompagnant enfant	–	–	52 € par jour

NATURE DES RISQUES	REMBOURSEMENT régime obligatoire (RO) en % du TC (*) ou de la BR (*)	GARANTIE GOLF en % du TC (*) ou de la BR (*)	SURCOMPLÉMENTAIRE Golf sup. en % du TC (*) ou de la BR (*) ; en supplé- ment de la garantie Golf
Hospitalisation maternité			
Frais de soins et de séjours (conventionné ou non)			
Dépassements d'honoraires	100 %	1/3 PMSS (1 028,67 €)	–
Chambre particulière			
Compléments divers			
Transport médical sur prescription	100 %	–	100 %
Ostéopathie, acupuncture	–	Plafond 80 € par an	–
Assistance santé CCMO Mutuelle	24 h / 24	24 h / 24	–
<p>(*) TC : tarif de convention / BR : base de remboursement. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (valeur 2013 : 3 086 €). Les remboursements régime d'assurance maladie obligatoire + part complémentaire sont limités aux frais réels. Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'assurance maladie obligatoire français. Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 322-2 du code de la sécurité sociale), prévue à 1 € au 1^{er} janvier 2005, ne pourront donner lieu à remboursement. Pour toute information complémentaire, les statuts et le règlement de notre mutuelle vous seront adressés sur simple demande. Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) et s'entendent part régime obligatoire non comprise.</p> <p>(**) Liste des actes de prévention responsables (arrêté du 8 juin 2006 fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14^e anniversaire ; – bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ; – les actes de vaccination suivants, seuls ou combinés : diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, <i>haemophilus influenzae</i> B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; – un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en deux séances maximum ; – acte de dépistage de l'hépatite B ; – dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, avec tympanométrie, vocale dans le bruit / tonale et vocale / tonale et vocale avec tympanométrie ; – l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans. 			