

Brochure n° 3604

Convention collective nationale
IDCC : 7005. – CAVES COOPÉRATIVES VINICOLES
ET LEURS UNIONS

AVENANT N° 4 DU 8 JUILLET 2015

NOR : AGRS1597247M

IDCC : 7005

Entre :

La confédération des coopératives vinicoles de France (CCVF),

D'une part, et

La FGA CFDT ;

La FGTA FO ;

La CFTC-Agri ;

L'UNSA2A ;

Le SNCOA CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Pour se mettre en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, il a été procédé à l'aménagement des tableaux de garanties conformément aux dispositions réglementaires, respectant ainsi l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Article 1^{er}

Aménagement des garanties

Les tableaux de garanties annexés à l'accord du 2 février 2011, tel que modifié par l'avenant n° 2 du 23 avril 2014, sont abrogés et remplacés par ceux figurant en annexe I du présent avenant.

Article 2

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 3

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet au 1^{er} janvier 2016.

Fait à Paris, le 8 juillet 2015.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE I

TABLEAUX DES GARANTIES À EFFET DU 1^{ER} JANVIER 2016

Régime hors Alsace-Moselle

Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime de la sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour l'équipement optique).

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Frais médicaux			
Honoraires de praticiens : généralistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	–
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	–	70 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	–	50 % BR
Honoraires de praticiens spé- cialistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	–
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	–	70 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	–	50 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infir- miers, kinésithérapie, pédicures, pédicures-podologues, ortho- phonistes, orthoptistes	60 % BR	40 % BR	40 % BR
Sages-femmes	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Analyses, examens de laboratoire	60 % ou 70 % BR	40 % ou 30 % BR	40 % ou 30 % BR
Radiographie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Autres actes médicaux (actes de prévention responsables inclus ⁽²⁾)	35 % à 70 % BR	65 % à 30 % BR	65 % à 30 % BR

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65 %	35 % BR	35 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30 %	70 % BR	70 % BR
Médicaments à service médical « faible »	15 %	85 % BR	85 % BR
Optique			
Enfants de moins de 18 ans : équipement verres + monture par bénéficiaire et par an, avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + forfait 300 €	95 % BR + forfait 350 €
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + forfait 400 €	95 % BR + forfait 450 €
Equipe ment verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + forfait 400 €	95 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le ré- gime de base	60 % BR	95 % BR + forfait 200 €	395 % BR + forfait 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base		Forfait 200 €	Forfait 250 €
Adultes de plus de 18 ans : équipement verres + monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ à partir de la date d'acqui- sition de l'équipement, avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + forfait 300 €	395 % BR + forfait 350 €
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + forfait 400 €	395 % BR + forfait 450 €
Equipe ment verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + forfait 400 €	395 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le ré- gime de base	60 % BR	395 % BR + forfait 200 €	395 % BR + forfait 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Forfait 200 €	Forfait 250 €
Chirurgie de l'œil	–	–	Forfait de 150 € par œil
Dentaire			
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y compris inlay/onlay)	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % BR ou 100 % BR	130 % à 100 % BR	180 % à 150 % BR
Orthodontie refusée par le ré- gime de base	–	–	–

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Prothèses dentaires rembour- sées par le régime de base (hors couronnes implanto-portées)	70 % BR	140 % BR + forfait 300 €	250 % BR + forfait 300 €
Appareillage			
Fournitures médicales, panse- ments, gros et petits appareil- lages, prothèses sauf prothèses auditives	60 % à 100 % BR	40 % ou 0 % BR	40 % ou 0 % BR
Prothèses auditives acceptées	60 % BR	40 % BR	255 % BR + forfait de 400 € par appareil
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (hors psychiatrie), maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	80 % à 100 % BR	20 % ou 0 % BR	20 % ou 0 % BR
Dépassements d'honoraires Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	150 % BR	250 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière ⁽⁵⁾	–	25 € par jour	25 € par jour
Frais de lit d'accompagnant (en- fant de moins de 16 ans) ⁽⁶⁾	–	25 € par jour	25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	–	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation en psychiatrie			
Frais de soins et de séjour	80 % à 100 % BR	20 % ou 0 % BR	20 % ou 0 % BR
Forfait journalier hospitalier	–	100 % FR	100 % FR
Divers			
Transport pris en charge	65 % BR	35 % BR	35 % BR
Prime de naissance	–	200 €	200 €
Forfait actes lourds « 18 € » ⁽⁷⁾	–	100 % du forfait	100 % du forfait
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio- pathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	–	Forfait de 80 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 80 € par an et par bénéficiaire
<p>(1) Pour les actes non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (voir liste ci-dessous) à la date du 18 novembre 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; – ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; – scellement des sillons avant 14 ans ; – bilan du langage avant 14 ans ; – dépistage de l'hépatite B ; 			

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
<p>– dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ;</p> <p>– vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).</p> <p>(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et pour les personnes dont la vue évolue.</p> <p>(4) Verres unifocaux :</p> <p>– verres unifocaux simples (catégorie A) : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;</p> <p>– verres unifocaux complexes (catégorie C) : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries.</p> <p>Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe.</p> <p>Verres multifocaux :</p> <p>Verres multifocaux complexes (catégorie C) et très complexes (catégorie F : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries).</p> <p>(5) Limité à 90 jours.</p> <p>(6) Limité à 60 jours.</p> <p>(7) Forfait actes lourds : il s'agit du ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).</p>			

Régime Alsace-Moselle

Les garanties en vigueur sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime de la sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

Les garanties en euros s'entendent par an et par bénéficiaire (sauf pour l'équipement optique).

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Frais médicaux			
Honoraires de praticiens : généralistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	–
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	–	70 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	–	50 % BR
Honoraires de praticiens spécia- listes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Dépassements d'honoraires	–	–	–
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	–	70 % BR

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	–	50 % BR
Auxiliaires médicaux, soins infir- miers, kinésithérapie, pédicures, pédicures-podologues, ortho- phonistes, orthoptistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Sages-femmes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Analyses, examens de laboratoire	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Radiographie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Autres actes médicaux (actes de prévention responsables inclus ⁽²⁾)	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Pharmacie			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90 %	10 % BR	10 % BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	80 %	20 % BR	20 % BR
Médicaments à service médical « faible »	15 %	85 % BR	85 % BR
Optique			
Enfants de moins de 18 ans : équipement verres + monture par bénéficiaire et par an, avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + forfait 300 €	65 % BR + forfait 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + forfait 400 €	65 % BR + forfait 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + forfait 400 €	65 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le ré- gime de base	90 % BR	65 % BR + forfait 200 €	365 % BR + forfait 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Forfait 200 €	Forfait 250 €
Adultes de plus de 18 ans : équipement verres + monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾ à partir de la date d'acqui- sition de l'équipement, avec un plafond maximum de 150 € pour la monture.			
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR + forfait 300 €	365 % BR + forfait 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR + forfait 400 €	365 % BR + forfait 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR + forfait 400 €	365 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le ré- gime de base	90 % BR	365 % BR + forfait 200 €	365 % BR + forfait 250 €

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Lentilles non remboursées par le régime de base	–	Forfait 200 €	Forfait 250 €
Chirurgie de l'œil	–	–	Forfait de 150 € par œil
Dentaire			
Soins dentaires remboursés par le régime de base (y compris inlay/onlay)	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Orthodontie remboursée par le régime de base	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Orthodontie refusée par le ré- gime de base	–	–	–
Prothèses dentaires rembour- sées par le régime de base (hors couronnes implanto-portées)	90 % BR	120 % BR + forfait 300 €	230 % BR + forfait 300 €
Appareillage			
Fournitures médicales, panse- ments, gros et petits appareil- lages, prothèses sauf prothèses auditives	90 % à 100 % BR	10 % ou 0 % BR	10 % ou 0 % BR
Prothèses auditives acceptées	90 % BR	10 % BR	225 % BR + forfait 400 € par appareil
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (hors psychiatrie), maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	–	–
Dépassements d'honoraires	–	150 % BR	250 % BR
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	–	150 % BR	250 % BR
Médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins, y compris non conventionnés ⁽¹⁾	–	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière ⁽⁵⁾	–	25 € par jour	25 € par jour
Frais de lit d'accompagnant (en- fant de moins de 16 ans) ⁽⁶⁾	–	25 € par jour	25 € par jour
Forfait journalier hospitalier	–	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation en psychiatrie			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	–	–
Forfait journalier hospitalier	–	100 % FR	100 % FR
Divers			
Transport pris en charge	100 % BR	–	–
Prime de naissance	–	200 €	200 €

GARANTIES en pourcentage de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements sécurité sociale
Forfait actes lourds « 18 euros » ⁽⁷⁾	–	100 % du forfait	100 % du forfait
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio- pathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	–	Forfait de 80 € par an et par bénéficiaire	Forfait de 80 € par an et par bénéficiaire
<p>(1) Pour les actes non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.</p> <p>(2) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (voir liste ci-dessous) à la date du 18 novembre 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; – ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; – scellement des sillons avant 14 ans ; – bilan du langage avant 14 ans ; – dépistage de l'hépatite B ; – dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; – vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge). <p>(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 18 ans et pour les personnes dont la vue évolue.</p> <p>(4) Verres unifocaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – verres unifocaux simples (catégorie A) : verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et/ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – verres unifocaux complexes (catégorie C) : verres à simple foyer dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries. <p>Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe.</p> <p>Verres multifocaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – verres multifocaux complexes (catégorie C) et très complexes (catégorie F : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de – 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries). <p>(5) Limité à 90 jours.</p> <p>(6) Limité à 60 jours.</p> <p>(7) Forfait actes lourds : il s'agit du ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (18 € en 2015). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur à 60).</p>			