

Brochure n° 3606

Convention collective nationale
IDCC : 7009. – ENTREPRISES D'ACCOUVAGE
ET DE SÉLECTION AVICOLES

AVENANT N° 82 DU 13 OCTOBRE 2015
RELATIF À LA MODIFICATION DE L'ANNEXE V

NOR : AGRS1697023M
IDCC : 7009

PRÉAMBULE

Les salariés non cadres des entreprises relevant de la convention collective nationale des entreprises d'accoupage et de sélection avicoles bénéficient à titre obligatoire d'un régime de remboursement de frais de santé formalisé au sein de l'article 33 et à l'annexe V de cette convention.

Le contexte législatif et réglementaire encadrant la mise en place de garanties collectives en matière de frais de santé nécessite une évolution du régime conventionnel. En effet, le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, pris en application des lois n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 et n° 2014-982 du 8 août 2014, a modifié le cahier des charges des « contrats responsables », en instaurant notamment des planchers et plafonds de remboursements.

Les partenaires sociaux se sont donc réunis afin d'organiser la mise en conformité des garanties de remboursement de frais de santé définies au niveau de la branche.

Article 1^{er}

Modification de l'annexe V

L'article 1.1 « Garanties et prestations du régime conventionnel obligatoire » de l'annexe V de la convention collective est modifié comme suit :

(Voir tableaux pages suivantes.)

« 1.1. Garanties et prestations du régime conventionnel obligatoire

1.1.1. Salariés relevant du régime général de la MSA et de sécurité sociale

GARANTIES	Remboursement RO (en % de la BR)	Remboursement Mutuelle au titre du régime conventionnel		Remboursement Total au titre du régime conventionnel RO + Mutuelle (en % de la BR ou en forfait)
		TM (en % de la BR)	Dépassements d'honoraires (en % de la BR ou en forfait)	
MEDECINE DE VILLE				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites - Médecin Généraliste - CAS	70%	30%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Généraliste - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - CAS	70%	30%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Actes médicaux				
Imagerie médicale - CAS	70%	30%	0%	100%
Imagerie médicale - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - CAS	70%	30%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - Hors CAS	70%	30%	0%	100%
Auxiliaires médicaux				
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Sages- femmes, Podologues ...)	60%	40%	0%	100%
Analyses médicales				
Examens de laboratoire et de biologie	60%	40%	0%	100%
TRANSPORTS				
Frais de transport	65%	35%	0%	100%
PHARMACIE				
Pharmacie "vignette	65%	35%	0%	100%

blanche"				
Pharmacie "vignette bleue"	30%	70%	0%	100%
Pharmacie "vignette orange"	15%	85%	0%	100%
ACTES DENTAIRES				
Actes dentaires pris en charge par le RO				
Consultations et soins dentaires - Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS	70%	30%	100%	100%
Inlay/onlay - Code CCAM : INO	70%	30%	100%	100%
Prothèses dentaires - Codes CCAM : ICO, IMP, PDT, PFC, PFM, RPN, PAM, PAR	70%	30%	145% + 300€/ an / bénéficiaire	245% + 300€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	100%	0%	150%	250%
Actes dentaires non pris en charge par le RO				
Prothèses dentaires - Codes CCAM : PDT, PFC, PFM, RPN	0%	0%	-	-
Orthodontie	0%	0%	-	-
OPTIQUE				
Equipement optique (*)				
Monture	60%	40%	100% + 125€	100% + 125€
Verres	60%	40%	Cf. Grille optique	Cf. Grille optique
Lentilles (*)				
Lentilles prises en charge ou non par le RO	0% / 60%	100% / 40%	100% + 100€/ an / bénéficiaire	100% + 100€/ an / bénéficiaire
APPAREILLAGE				
Fournitures médicales, pansements, appareillage, prothèses médicales	60%	40%	0%	100%
Prothèses auditives	60%	40%	160%	260%
CURES THERMALES prises en charge par le RO				
Forfait thermal et honoraires de surveillance	65% / 70%	35% / 30%	160%	260%
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE (**)				
Frais de séjour	100%	20% / 0%	0%	100%

Honoraires - CAS	80% / 100%	20% / 0%	155%	255%
Honoraires - Hors CAS	80% / 100%	20% / 0%	100%	200%
Forfait journalier hospitalier	0%	0%	100% FR	100% FR
Chambre particulière	0%	0%	25€/ jour	25€/ jour
AUTRES REMBOURSEMENTS				
Actes de prévention	Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention réglementaires définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale			
Participation forfaitaire de 18 €	Prise en charge du forfait de 18€ sur les actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS			
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie (dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire)	20€ par séance			
RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - RSS : PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS 2015 = 3 170€) - FR : Frais Réels - CAS : Contrat d'Accès aux Soins				

1.1.2. Salariés relevant du régime spécial de la MSA et de la Sécurité sociale « Alsace-Moselle »

**CCN de l'ACCOUVAGE - REGIME FRAIS DE SANTE AU 01/01/2016 GARANTIES
ET PRESTATIONS DU REGIME CONVENTIONNEL OBLIGATOIRE (Point 1.1.2 de
l'avenant n°82 du 13/10/2015) REGIME LOCAL ALSACE / MOSELLE**

GARANTIES	Remboursement RO (en % de la BR)	Remboursement Mutuelle au titre du régime conventionnel		Remboursement Total au titre du régime conventionnel RO + Mutuelle (en % de la BR ou en forfait)
		TM (en % de la BR)	Dépassements d'honoraires (en % de la BR ou en forfait)	
MEDECINE DE VILLE				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites - Médecin Généraliste - CAS	90%	10%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Généraliste - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - CAS	90%	10%	0%	100%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Actes médicaux				
Imagerie médicale - CAS	90%	10%	0%	100%
Imagerie médicale - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - CAS	90%	10%	0%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - Hors CAS	90%	10%	0%	100%
Auxiliaires médicaux				
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Sages- femmes, Pédicures ...)	90%	10%	0%	100%
Analyses médicales				
Examens de laboratoire et de biologie	90%	10%	0%	100%

TRANSPORTS				
Frais de transport	100%	0%	0%	100%
PHARMACIE				
Pharmacie "vignette blanche"	90%	10%	0%	100%
Pharmacie "vignette bleue"	80%	20%	0%	100%
Pharmacie "vignette orange"	15%	85%	0%	100%
ACTES DENTAIRES				
Actes dentaires pris en charge par le RO				
Consultations et soins dentaires - Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS	90%	10%	100%	100%
Inlay/onlay - Code CCAM : INO	90%	10%	100%	100%
Prothèses dentaires - Codes CCAM : ICO, IMP, PDT, PFC, PFM, RPN, PAM, PAR	90%	10%	145% + 300€/ an / bénéficiaire	245% + 300€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	100%	0%	150%	250%
Actes dentaires non pris en charge par le RO				
Prothèses dentaires - Codes CCAM : PDT, PFC, PFM, RPN	0%	0%	-	-
Orthodontie	0%	0%	-	-
OPTIQUE				
Equipement optique (*)				
Monture	90%	10%	100% + 125€	100% + 125€
Verres	90%	10%	Cf. Grille optique	Cf. Grille optique
Lentilles (*)				
Lentilles prises en charge ou non par le RO	0% / 90%	100% / 10%	100% + 100€/ an / bénéficiaire	100% + 100€/ an / bénéficiaire
APPAREILLAGE				
Fournitures médicales, pansements, appareillage, prothèses médicales	90%	10%	0%	100%
Prothèses auditives	90%	10%	160%	260%

CURES THERMALES prises en charge par le RO				
Forfait thermal et honoraires de surveillance	90%	10%	160%	260%
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE (**)				
Frais de séjour	100%	0%	0%	100%
Honoraires - CAS	100%	0%	155%	255%
Honoraires - Hors CAS	100%	0%	100%	200%
Forfait journalier hospitalier	100%	0%	0%	100% FR
Chambre particulière	0%	0%	25€/ jour	25€/ jour
AUTRES REMBOURSEMENTS				
Actes de prévention	Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention réglementaires définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale			
Participation forfaitaire de 18 €	Prise en charge du forfait de 18€sur les actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.			
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS			
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie (dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire)	20€par séance			
RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - RSS : PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS 2015 = 3 170€) - FR : Frais Réels - CAS : Contrat d'Accès aux Soins				

L'article 1.2 « Garanties et prestations du régime conventionnel optionnel » de l'annexe V de la convention collective est modifié comme suit :

(Voir tableaux pages suivantes.)

« 1.2. Garanties et prestations du régime conventionnel optionnel

1.2.1. Salariés relevant du régime général de la MSA et de la Sécurité sociale

CCN de l'ACCOUVAGE - REGIME FRAIS DE SANTE AU 01/01/2016 GARANTIES ET PRESTATIONS DU REGIME CONVENTIONNEL OPTIONNEL (Point 1.2.1 de l'avenant n°82 du 13/10/2015) REGIME GENERAL

GARANTIES	Remboursement Total au titre du régime conventionnel RO + Mutuelle (en % de la BR ou en forfait)	Remboursement Mutuelle au titre du régime optionnel	Remboursement Total au titre des régimes conventionnel et optionnel (en % de la BR ou en forfait)
		Dépassements d'honoraires (en % de la BR ou en forfait)	
MEDECINE DE VILLE			
Honoraires médicaux			
Consultations, visites - Médecin Généraliste - CAS	100%	80%	180%
Consultations, visites - Médecin Généraliste - Hors CAS	100%	60%	160%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - CAS	100%	80%	180%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - Hors CAS	100%	60%	160%
Actes médicaux			
Imagerie médicale - CAS	100%	80%	180%
Imagerie médicale - Hors CAS	100%	60%	160%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - CAS	100%	80%	180%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - Hors CAS	100%	60%	160%
Auxiliaires médicaux			
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Sages- femmes, Podologues ...)	100%	70%	170%
Analyses médicales			
Examens de laboratoire et de biologie	100%	70%	170%
TRANSPORTS			
Frais de transport	100%	-	100%

PHARMACIE			
Pharmacie "vignette blanche"	100%	-	100%
Pharmacie "vignette bleue"	100%	-	100%
Pharmacie "vignette orange"	100%	-	100%
ACTES DENTAIRE			
Actes dentaires pris en charge par le RO			
Consultations et soins dentaires - Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS	100%	-	100%
Inlay/onlay - Code CCAM : INO	100%	-	100%
Prothèses dentaires - Codes CCAM : ICO, IMP, PDT, PFC, PFM, RPN, PAM, PAR	245% + 300€/ an / bénéficiaire	-	245% + 300€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	250%	-	250%
Actes dentaires non pris en charge par le RO			
Prothèses dentaires - Codes CCAM : PDT, PFC, PFM, RPN	-	214€/ an / bénéficiaire	214€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	-	397€/ an / bénéficiaire	397€/ an / bénéficiaire
OPTIQUE			
Equipement optique (*)			
Monture	100% + 125€	-	100% + 125€
Verres	Cf. Grille optique	-	Cf. Grille optique
Lentilles (*)			
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% + 100€/ an / bénéficiaire	+ 92€/ an / bénéficiaire	100% + 192 €/ an / bénéficiaire
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, appareillage, prothèses médicales	100%	70%	170%
Prothèses auditives	260%	-	260%
CURES THERMALES prises en charge par le RO			
Forfait thermal et honoraires de surveillance	260%	-	260%

HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE (**)			
Frais de séjour	100%	-	100%
Honoraires - CAS	255%	-	255%
Honoraires - Hors CAS	200%	-	200%
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière	25€/ jour	+14€/ jour	39€/ jour
AUTRES REMBOURSEMENTS			
Actes de prévention	Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention réglementaires définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale		
Participation forfaitaire de 18 €	Prise en charge du forfait de 18€sur les actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.		
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS	-	1/3 PMSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie (dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire)	20€par séance	+10€par séance	30€par séance
RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - RSS : PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS 2015 = 3 170€) - FR : Frais Réels - CAS : Contrat d'Accès aux Soins			

1.2.2. Salariés relevant du régime spécial de la MSA et de la Sécurité sociale « Alsace-Moselle »

GARANTIES	Remboursement Total au titre du régime conventionnel RO + Mutuelle (en % de la BR ou en forfait)	Remboursement Mutuelle au titre du régime optionnel	Remboursement Total au titre des régimes conventionnel et optionnel (en % de la BR ou en forfait)
		Dépassements d'honoraires (en % de la BR ou en forfait)	
MEDECINE DE VILLE			
Honoraires médicaux			
Consultations, visites - Médecin Généraliste - CAS	100%	80%	180%
Consultations, visites - Médecin Généraliste - Hors CAS	100%	60%	160%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - CAS	100%	80%	180%
Consultations, visites - Médecin Spécialiste - Hors CAS	100%	60%	160%
Actes médicaux			
Imagerie médicale - CAS	100%	80%	180%
Imagerie médicale - Hors CAS	100%	60%	160%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - CAS	100%	80%	180%
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux - Hors CAS	100%	60%	160%
Auxiliaires médicaux			
Auxiliaires médicaux (Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Sages-femmes, Pédicures ...)	100%	70%	170%
Analyses médicales			
Examens de laboratoire et de biologie	100%	70%	170%

TRANSPORTS			
Frais de transport	100%	-	100%
PHARMACIE			
Pharmacie "vignette blanche"	100%	-	100%
Pharmacie "vignette bleue"	100%	-	100%
Pharmacie "vignette orange"	100%	-	100%
ACTES DENTAIRES			
Actes dentaires pris en charge par le RO			
Consultations et soins dentaires - Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS	100%	-	100%
Inlay/onlay - Code CCAM : INO	100%	-	100%
Prothèses dentaires - Codes CCAM : ICO, IMP, PDT, PFC, PFM, RPN, PAM, PAR	245% + 300€/ an / bénéficiaire	-	245% + 300€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	250%	-	250%
Actes dentaires non pris en charge par le RO			
Prothèses dentaires - Codes CCAM : PDT, PFC, PFM, RPN	-	214€/ an / bénéficiaire	214€/ an / bénéficiaire
Orthodontie	-	397€/ an / bénéficiaire	397€/ an / bénéficiaire
OPTIQUE			
Equipement optique (*)			
Monture	100% + 125€	-	100% + 125€
Verres	Cf. Grille optique	-	Cf. Grille optique
Lentilles (*)			
Lentilles prises en charge ou non par le RO	100% + 100€/ an / bénéficiaire	+ 92€/ an / bénéficiaire	100% + 192 €/ an / bénéficiaire

APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, appareillage, prothèses médicales	100%	70%	170%
Prothèses auditives	260%	-	260%
CURES THERMALES prises en charge par le RO			
Forfait thermal et honoraires de surveillance	260%	-	260%
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET PSYCHIATRIE (**)			
Frais de séjour	100%	-	100%
Honoraires - CAS	255%	-	255%
Honoraires - Hors CAS	200%	-	200%
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	100% FR
Chambre particulière	25€/ jour	+14€/ jour	39€/ jour
AUTRES REMBOURSEMENTS			
Actes de prévention	Prise en charge de l'intégralité des actes de prévention réglementaires définis par arrêté ministériel du 8 juin 2006, en application de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale		
Participation forfaitaire de 18 €	Prise en charge du forfait de 18€sur les actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60.		
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS	-	1/3 PMSS
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie (dans la limite de 3 séances / an / bénéficiaire)	20€par séance	+10€par séance	30€par séance
RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - RSS : PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (PMSS 2015 = 3 170€) - FR : Frais Réels - CAS : Contrat d'Accès aux Soins			

1.3. Dispositions communes aux garanties du régime conventionnel obligatoire et du régime optionnel

GRILLE OPTIQUE

VERRES	CODES LPP Adultes	CODES LPP Enfants de moins de 18 ans	TYPE DE VERRES	FORFAIT € PAR VERRE (y compris TM)
Verres Simple Foyer, Sphériques				
sphère de -6 à +6	2203240/2287916	2242457/2261874	Verre simple	100 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2226412/2259966	2200393/2270413	Verre simple	100 €
Verres Simple Foyer, Sphériques				
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2263459/2265330/2280660/2282793	2243304/2243540/2291088/2297441	Verre complexe	120 €
sphère < -10 ou > +10	2235776/2295896	2248320/2273854	Verre complexe	120 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2212976/2252668	2238941/2268385	Verre complexe	120 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2288519/2299523	2206800/2245036	Verre complexe	120 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques				
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2254868/2284527	2219381/2283953	Verre complexe	120 €
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphériques				
sphère de -4 à +4	2290396/2291183	2264045/2259245	Verre complexe	120 €
Verres Multifocaux ou progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère de -8 à +8	2227038/2299180	2240671/2282221	Verre complexe	120 €
Verres Multifocaux ou Progressifs Sphériques				
sphère < -4 ou > +4	2245384/2295198	2202452/2238792	Verre très complexe	175 €
Verres Multifocaux ou progressifs Sphéro-cylindriques				
sphère < -8 ou > +8	2202239/2252042	2234239/2259660	Verre très complexe	175 €

Toutes les prestations sont soumises aux dispositions des conditions générales et particulières, ainsi qu'à la notice d'information.

Il est dérogé au présent tableau des garanties, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés :

- la baisse de remboursement du régime obligatoire ne peut pas être prise en charge ;
- les dépassements d'honoraires sont calculés selon la garantie souscrite et dans les limites fixées par le décret.

Toute prise en charge supérieure du régime obligatoire aux taux indiqués ci-dessus vient en déduction du taux de remboursement de la mutuelle au titre du ticket modérateur.

Ces garanties s'inscrivent dans le dispositif des contrats « responsables » conformément aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale et du décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés.

(*) Les remboursements « Optique » incluent le ticket modérateur.

La prise en charge de l'équipement optique est limitée à un équipement (une monture et deux verres) par période de 2 ans pour les adultes, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la correction (dans ce cas, la période est réduite à 1 an).

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique. »

(**) Les remboursements sont exclus pour les séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicale et de retraite pour personnes âgées.

Article 2

Date d'effet. – Dépôt. – Extension

Le présent avenant prend effet à compter du 1^{er} janvier 2016, sous réserve de la mise en œuvre du droit d'opposition.

Il est notifié et déposé dans les conditions prévues par le code du travail. Les partenaires sociaux en demandent l'extension.

Fait à Paris, le 13 octobre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations patronales :

SNA ;

CFA.

Syndicats de salariés :

FGA CFDT ;

FNAF CGT ;

FGTA FO ;

CFTC-Agri ;

SNCEA CFE-CGC.