

Brochure n° 3604

Convention collective nationale

**IDCC : 7005. – CAVES COOPÉRATIVES VINICOLES
ET LEURS UNIONS**

AVENANT N° 6 DU 9 JUIN 2016

**RELATIF À LA CRÉATION D'UN RÉGIME CONVENTIONNEL DE
REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ**

NOR : *AGRS1697283M*

IDCC : 7005

Entre

Confédération des coopératives vinicoles de France – CCVF

D'une part, et

Fédération générale agroalimentaire – FGA CFDT

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture et syndicat national FO, ingénieurs cadres et techniciens – FGTA FO

Fédération CFTC de l'agriculture – CFTC-Agri

Union nationale des syndicats autonomes agriculture agroalimentaire – UNSA 2A

Fédération nationale agroalimentaire CFE-CGC Agro

PRÉAMBULE

Lors de la CPN qui s'est tenue le 23 février 2016, les partenaires sociaux ont souhaité placer l'accord du 2 février 2011 en conformité avec la loi. En effet, prenant acte de la décision du conseil constitutionnel du 13 juin 2015 invalidant les clauses de désignations, il a été décidé de modifier ledit accord. C'est l'objet du présent avenant.

Le tableau des garanties est joint en annexe.

Article 1^{er}

Suppression des articles 8, 9 et 10

Par le présent avenant, les parties signataires entendent supprimer les articles 8, 9 et 10 de l'accord du 2 février 2011 relatif à la création d'un régime conventionnel de remboursement complémentaire de frais de santé dans les coopératives vinicoles et leurs unions.

Ces articles traitent respectivement de la clause de désignation, de l'antériorité des régimes frais de santé en place et de la commission paritaire nationale de suivi.

Article 2

Extension

Les parties demandent l'extension du présent avenant.

Article 3

Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2017.

Fait à Paris, le 9 juin 2016.

(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 % de la base de remboursement du régime de la sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de la sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques et médicaments remboursés à 15 % et à 30 %).

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

GARANTIES en % de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de la sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors rembourse- ments sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garan- ties de base) hors rembour- sements sécurité sociale
Frais médicaux			
Honoraires de prati- ciens : généralistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Dépassement d'hono- raires : 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 prati- ciens : spécialistes	70 % BR	30 % BR	30 % BR
Dépassement d'hono- raires : 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 infirmiers, kinési- thérapie, pédicures, pédi- cures-podologues, ortho- phonistes, orthoptistes	60 % BR	40 % BR	40 % BR
Sages-femmes	70 % BR	30 % BR	30 % BR

Analyses, examens de laboratoire	60 % ou 100 % BR	40 % ou 0 % BR	40 % ou 0 % BR
Radiographie, électro-radiologie, 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
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
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-

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⁾	60 % BR	95 % BR + forfait 300 €	95 % BR + forfait 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + forfait 400 €	95 % BR + forfait 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	95 % BR + forfait 400 €	95 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	395 % 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'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150 € pour la monture			
Équipement verres unifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + forfait 300 €	395 % BR + forfait 350 €
Équipement verres mixtes ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + forfait 400 €	395 % BR + forfait 450 €
Équipement verres multifocaux ⁽⁴⁾	60 % BR	395 % BR + forfait 400 €	395 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le régime 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 €/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 régime de base	-	-	-
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portées)	70 % BR	140 % BR + forfait de 300 €/an/bénéficiaire	250 % BR + forfait de 300 €/an/bénéficiaire
Parodontologie	0 % ou 70 % BR	0 % ou 30 % BR	0 % ou 30 % BR
Implantologie	-	-	-
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses hors 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 €/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 €/jour	25 €/jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) ⁽⁶⁾	-	25 €/jour	25 €/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
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	-

Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	-	100 % FR	100 % FR
Divers			
Transport pris en charge	65 % BR	35 % BR	35 % BR
Transport pour hospitalisation de jour	65 % BR	35 % BR	35 % BR
Prime de naissance	-	200 €	200 €
Forfait actes lourds « 18 euros » ⁽⁷⁾	-	100 % du forfait	100 % du forfait
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	-	Forfait de 80 €/an/bénéficiaire	Forfait de 80 € /an/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 + 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 un 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) : verre 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) : verre 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> <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 % de la base de remboursement du régime de la sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés.

Tous les actes bénéficiant d'un remboursement du régime de base de la sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire au minimum au ticket modérateur (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques et médicaments remboursés à 15 % et à 30 %).

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

GARANTIES en % de la base de remboursement (BR)	CCVF		
	Remboursements régime de la sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors rembourse- ments sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garan- ties de base) hors rembour- sements sécurité sociale
Frais médicaux			
Honoraires de praticiens : généralistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Dépassement d'hono- raires : 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 : spécialistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Dépassement d'hono- raires : 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 infirmiers, kinési- thérapie, pédicures, pédi- cures-podologues, ortho- phonistes, orthoptistes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Sages-femmes	90 % BR	10 % BR	10 % BR
Analyses, examens de laboratoire	90 % BR ou 100 % BR	10 % BR ou 0 % BR	10 % BR ou 0 % BR
Radiographie, électro- radiologie, 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
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-

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⁾	90 % BR	65 % BR + forfait 300 €	65 % BR + forfait 350 €
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + forfait 400 €	65 % BR + forfait 450 €
Equipe ment verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	65 % BR + forfait 400 €	65 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	365 % 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'acquisition de l'équipement avec un plafond maximum de 150 € pour la monture			
Equipe ment verres unifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR+forfait 300 €	365 % BR + forfait 350 €
Equipe ment verres mixtes ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR+forfait 400 €	365 % BR + forfait 450 €
Equipe ment verres multifocaux ⁽⁴⁾	90 % BR	365 % BR+forfait 400 €	365 % BR + forfait 500 €
Lentilles remboursées par le régime de base	90 % BR	365 % BR+forfait 200 €	365 % BR + forfait 250 €
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	forfait 200 €	forfait 250 €
Chirurgie de l'œil	-	-	forfait de 150 €/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 régime de base	-	-	-
Prothèses dentaires remboursées par le régime de base (y compris couronnes implanto-portées)	90 % BR	120 % BR + forfait 300 €/an/ bénéficiaire	230 % BR + forfait 300 €/an/bénéficiaire
Parodontologie	0 % à 90 % BR	0 % à 10 % BR	0 % à 10 % BR
Implantologie	-	-	-
Appareillage			
Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses hors prothèses auditives	90 % à 100 % BR	10 % ou 0 % BR	10 % ou 0 % BR
Prothèses auditives acceptées	90 % BR	10 % BR	225 % BR + forfait de 400 €/appareil
Hospitalisation médicale ou chirurgicale (hors psychiatrie), maternité (secteur conventionné ou non)			
Frais de soins et de séjour	100 % 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 €/jour	25 €/jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) ⁽⁶⁾	-	25 €/jour	25 €/jour
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-

Hospitalisation en psychiatrie			
Frais de soins et de séjour	100 % BR	-	-
Dépassement d'honoraires : Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS)	-	-	-
Médecins adhérents au contrat d'accès aux soins y compris non conventionnés ⁽¹⁾	-	-	-
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-

Divers			
Transport pris en charge	100 % BR	-	-
Transport pour hospitalisation de jour	100 % BR	-	-
Prime de naissance	-	200 €	200 €
Forfait actes lourds « 18 euros » ⁽⁷⁾	100 % du forfait	-	-
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, microkinésithérapie (liste non exhaustive)	-	Forfait de 80 € /an/bénéficiaire	Forfait de 80 € /an/bénéficiaire

(1) Pour les actes non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(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 :

- détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ;
- ostéodensitométrie pour les femmes de + 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).

(3) La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 18 ans et pour les personnes dont la vue évolue.

(4) Verres unifocaux :

- verres unifocaux simples (catégorie a) : verre 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) : verre 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.

Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe.

Verres multifocaux :

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).

(5) Limité à 90 jours.

(6) Limité à 60 jours.

(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).