

Brochure n° 3283

Convention collective nationale

IDCC : 2021. – GOLF

AVENANT N° 70 DU 11 JANVIER 2018
PORTANT MODIFICATION DE L'ARTICLE 11.3 « COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ
POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL » DE LA CONVENTION COLLECTIVE

NOR : ASET1850246M
IDCC : 2021

Entre :

GFGA ;

GEGE,

D'une part, et

CFDT ;

CGT-FO ;

CFTC ;

CFE-CGC,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Au vu des évolutions réglementaires et des contrats responsables, des précisions ont été apportées en conséquence sur le tableau des garanties.

Article 1^{er}

Les § 3 et 4 de l'article 11.3.2 « Garanties » sont modifiés comme suit :

« 11.3.2. Garanties

1. Couverture salarié isolé

La couverture conventionnelle prévue dans les tableaux ci-après frais de santé couvre à titre obligatoire le salarié seul (couverture "isolé").

La couverture frais de santé 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.

Les prestations de la présente couverture frais de santé respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats solidaires et responsables.

Aussi, elle ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins, de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Elle répond également aux exigences du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats responsables : prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier, planchers et plafonds pour les frais d'optiques, plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

En tout état de cause, les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits "responsables".

Les salariés couverts ainsi que leurs éventuels ayants droit bénéficient également des services proposés par un réseau de soins. »

Article 2

Le point 3 « Garantie optionnelle » de l'article 11.3.2 « Garanties » présentant le tableau des garanties est mis à jour comme suit :

(Voir tableaux page suivante.)

Tableau des garanties santé – Hors Alsace - Moselle

Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau ci-dessous, sauf en cas d'épuisement du forfait équipement.

Nature des risques	REMBOURSEMENT RÉGIME DE BASE	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ (incluant le remboursement du régime de base)	
	Hors Alsace-Moselle	Garantie Socle CCN Golf	Garantie Optionnelle CCN incluant la Garantie Socle Golf
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
• Frais de soins secteur conventionné ⁽¹⁾	80% / 100% BR	100% BR	Frais Réels
• Honoraires praticiens hospitaliers adhérents au DPTM ⁽²⁾	80% / 100% BR	300% BR	350% BR
• Honoraires praticiens hospitaliers non adhérents au DPTM ⁽²⁾	80% / 100% BR	200% BR	200% BR
• Forfait hospitalier secteur conventionné	-	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽⁴⁾	-	Plafond 45€/jour	Plafond 75€/jour
• Frais d'accompagnement enfant <16 ans	-	Plafond 30€/jour	Plafond 40€/jour
• Transports ambulance remboursés par le régime de base	65% BR	100% BR	100% BR
• Naissance ou adoption (enfant <10 ans) ⁽⁵⁾	-	10% PMSS	15% PMSS
Frais médicaux			
• Consultations, visites de médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽²⁾	70% BR	150% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽²⁾	70% BR	130% BR	180% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽²⁾	70% BR	170% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽²⁾	70% BR	150% BR	180% BR
• Actes techniques praticiens adhérents au DPTM ⁽²⁾	70% BR	160% BR	200% BR
• Actes techniques praticiens non adhérents au DPTM ⁽²⁾	70% BR	140% BR	180% BR
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	70% BR	Frais Réels	Frais Réels
• Examens de laboratoire	60% BR	160% BR	200% BR
• Auxiliaires médicaux	60% BR	160% BR	200% BR
• Actes de prévention ⁽³⁾	-	100% BR	-
Pharmacie			
• Médicaments à service médical rendu « majeur »	65% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	30% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	100% BR	100% BR
Optique ⁽⁶⁾			
• Equipement verres simples ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	plafond de 230€	plafond de 300€
• Equipement verres complexes ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	plafond de 380€	plafond de 550€
• Equipement verres très complexes ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	plafond de 450€	plafond de 600€
• Lentilles acceptées (plafond annuel)	60% BR	plafond de 200€	plafond de 200€
• Lentilles refusées, jetables (plafond annuel)	-	Plafond de 100€	Plafond de 200€
• Chirurgie corrective (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	-	-	Plafond de 400€
Dentaire			
• Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le RO)	70% BR	100% BR	170% BR
• Prothèses remboursées par le RO (y compris couronne implantoportée)	70% BR	125% BR	125% BR
• Complément prothèses dentaires remboursées*	-	375% BR	495% BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO* ⁽⁸⁾	-	200% BR	200% BR
*Plafond annuel prothèses dentaires	1 500€	1 500€	1 500€
• Orthodontie acceptée par le RO	100% BR	300% BR	450% BR
• Implants dentaires non remboursés par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	Plafond de 200€	Plafond de 200€
• Parodontologie non remboursée par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	-	Plafond de 100€
Appareillage			
• Prothèses auditives acceptées	60% BR	300% BR / prothèse	400% BR / prothèse
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages (y compris véhicules pour handicapé physique accepté par le RO), prothèses orthopédiques ⁽¹⁰⁾	60% BR ou 100% BR	250% BR	290% BR
Cures thermales ⁽¹⁰⁾			
• Cure thermale acceptée par le RO	70 % BR / 65 % BR	100% BR	100% BR / 100% BR
Bien-être			
• Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture)		Plafond de 80€/an	Plafond de 80€/an
Assistance			
		24 h / 24	24 h / 24
Réseau de soins		OUI	OUI

Tableau des garanties santé – Alsace - Moselle

Le ticket modérateur est remboursé par la complémentaire santé pour tous les actes pris en charge par le régime de base, qu'ils figurent ou non dans le tableau ci-dessous, sauf en cas d'épuisement du forfait équipement.

Nature des risques	REMBOURSEMENT REGIME DE BASE	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
	Hors Alsace-Moselle	Garantie Socle CCN Golf	Garantie Optionnelle CCN incluant la Garantie Socle Golf
Hospitalisation médicale et chirurgicale			
• Frais de soins secteur conventionné ⁽¹⁾	100% BR	100% BR	Frais Réels
• Honoraires praticiens hospitaliers adhérents au DPTM ⁽²⁾	100% BR	300% BR	350% BR
• Honoraires praticiens hospitaliers non adhérents au DPTM ⁽²⁾	100% BR	200% BR	200% BR
• Forfait hospitalier secteur conventionné	100% BR	Frais Réels	Frais Réels
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels
• Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽⁴⁾	-	Plafond 45€/jour	Plafond 75€/jour
• Frais d'accompagnement enfant <16 ans	-	Plafond 30€/jour	Plafond 40€/jour
• Transports ambulance remboursés par le régime de base	100% BR	100% BR	100% BR
• Naissance ou adoption (enfant <10 ans) ⁽⁵⁾	-	10% PMSS	15% PMSS
Frais médicaux			
• Consultations, visites de médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽²⁾	90% BR	150% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽²⁾	90% BR	130% BR	180% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽²⁾	90% BR	170% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽²⁾	90% BR	150% BR	180% BR
• Actes techniques praticiens adhérents au DPTM ⁽²⁾	90% BR	160% BR	200% BR
• Actes techniques praticiens non adhérents au DPTM ⁽²⁾	90% BR	140% BR	180% BR
• Forfait légal sur les actes visés à l'article R. 322-8 I du Code de la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels
• Examens de laboratoire	90% BR	160% BR	200% BR
• Auxiliaires médicaux	90% BR	160% BR	200% BR
• Actes de prévention ⁽³⁾	-	100% BR	-
Pharmacie			
• Médicaments à service médical rendu « majeur »	90% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à service médical rendu « modéré »	80% BR	100% BR	100% BR
• Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	100% BR	100% BR
Optique⁽⁶⁾			
• Equipement verres simples ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	plafond de 230€	plafond de 300€
• Equipement verres complexes ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	plafond de 380€	plafond de 550€
• Equipement verres très complexes ⁽⁷⁾ avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	plafond de 450€	plafond de 600€
• Lentilles acceptées (plafond annuel)	90% BR	plafond de 200€	plafond de 200€
• Lentilles refusées, jetables (plafond annuel)	-	Plafond de 100€	Plafond de 200€
• Chirurgie corrective (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	-	-	Plafond de 400€
Dentaire			
• Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le RO)	90% BR	100% BR	170% BR
• Prothèses remboursées par le RO (y compris couronne implantoportée)	90% BR	125% BR	125% BR
• Complément prothèses dentaires remboursées*	-	375% BR	495% BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO* ⁽⁸⁾	-	200% BR	200% BR
*Plafond annuel prothèses dentaires		1 500€	1 500€
• Orthodontie acceptée par le RO	100% BR	300% BR	450% BR
• Implants dentaires non remboursés par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	Plafond de 200€	Plafond de 200€
• Parodontologie non remboursée par le RO (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	-	Plafond de 100€
Appareillage			
• Prothèses auditives acceptées	90% BR	300% BR / prothèse	400% BR / prothèse
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages (y compris véhicules pour handicapé physique accepté par le RO), prothèses orthopédiques	90% BR ou 100% BR	250% BR	290% BR
Cures thermales⁽¹⁰⁾			
• Cure thermale acceptée par le RO	90 % BR / 65 % BR	100% BR	100% BR / 100% BR
Bien-être			
• Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture)		Plafond de 80€/an	Plafond de 80€/an
Assistance			
		24 h / 24	24 h / 24
Réseau de soins			
		OUI	OUI

Lexique :

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale (en 2018 : 3 311 €).

BR : base de remboursement.

Les franchises médicales, ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (art. L. 160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

(1) Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone.

(2) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Actes de prévention : tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (pour information liste annexée ci-dessous à la date du 18 novembre 2014) : scellement des sillons avant 14 ans ; détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage de l'hépatite B ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; ostéodensitométrie pour

les femmes de plus de 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoques, selon âge).

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par an en hospitalisation ; 45 jours par an en psychiatrie ; 12 jours par an en maternité ; pas de prise en charge pour l'hospitalisation de jour.

(5) Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

(6) Le plafond biennal (1 consommation tous les 2 ans) porte sur l'équipement verres et montures. Ce plafond est annuel pour les mineurs et pour les adultes uniquement en cas de changement de correction justifié par une évolution de la vue. Dans tous les cas, la prise en charge de la monture est limitée à 150 €.

(7) Verres simples : sphère comprise entre $-6 + 6$ dioptries et/ou cylindre $< = 4$ dioptries.

Verres complexes :

– verres simple foyer (sphère > -6 ou $+6$ dioptries ou cylindre $> +4$ dioptries) ;

– verres multifocaux ;

– verres progressifs.

Verres très complexes :

– verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de $-8,00$ à $+8,00$ dioptries.

– verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries.

(8) La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible à plaque base résine d'1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

(9) Podo-orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et châssis. Pour les prothèses optiques et auditives il faut se reporter aux postes correspondants.

(10) Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à une cure de référence de 21 jours maximum.

Article 3

Au vu des dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, le § 2 de l'article 11.3.5.2 « Possibilité de souscription volontaire du salarié (loi Évin) est modifié comme suit :

« Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Évin n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés pouvant souscrire, à titre individuel, une garantie complémentaire frais de santé, dans les conditions prévues audit article, sont :

- les salariés bénéficiaires d'une pension de retraite, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les salariés privés d'emploi et bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- les ayants droit d'un salarié décédé.

Dans tous les cas, ce maintien est accordé dans le cadre d'une affiliation individuelle facultative proposée par l'organisme assureur.

Conformément à l'article 1^{er} du décret du 21 mars 2017, pour tout contrat souscrit ou adhésion à compter du 1^{er} juillet 2017, les tarifs applicables aux anciens salariés :

- ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la première année ;
- ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs la deuxième année ;
- ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la troisième année.

Les tarifs applicables en tant qu'ancien salarié pourront être supérieurs aux tarifs globaux en vigueur pour les participants actifs dans la limite fixée par la réglementation en vigueur.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de portabilité.

La demande de maintien de la garantie frais de santé devra être adressée dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité des droits, telle que prévue à l'article 11.3.5.1.

Article 4

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

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

Article 5

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 11 janvier 2018.

(Suivent les signatures.)