

Brochure n° 3264

Convention collective nationale
IDCC : 1659. – ROUISSAGE ET TEILLAGE DU LIN

AVENANT N° 1 DU 23 MARS 2017
À L'ACCORD DU 24 MAI 2016 MODIFIANT LES ACCORDS ANTÉRIEURS
RELATIFS À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET AU RÉGIME DE PRÉVOYANCE

NOR : ASET1850253M

IDCC : 1659

Entre :

USRTL,

D'une part, et

FGTA FO ;

FGA CFDT ;

SNCEA CFE-CGC ;

CFTC-Agri,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Pour tenir compte des remarques de la COMAREP relatives à l'accord du 24 mai 2016, cet avenant apporte les modifications ci-dessous.

Article 1^{er}

Modification de l'article 3.1 de l'accord du 24 mai 2016

Le dernier alinéa de l'article 3.1 « Bénéficiaires » est remplacé par le suivant :

« Toutefois, les entreprises qui auront mis en place un régime complémentaire « frais de santé » au bénéfice de leurs salariés avant l'entrée en vigueur du présent accord, comprenant au minimum l'ensemble des garanties figurant ci-dessous pour un niveau de garanties au moins égales, garantie par garantie, ou dont le montant de la cotisation salariale est inférieur pour des prestations identiques, pourront ne pas remettre en cause leurs propres garanties. »

Article 2

Modification de l'article 3.3 de l'accord du 24 mai 2016

L'article 3.3 « Garanties » est complété par l'alinéa suivant :

« Les garanties s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation relatives aux « contrats responsables », définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale et relatives au « panier de soins » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 3

Modification de l'article 8 de l'accord du 24 mai 2016

L'article 8 est remplacé par ce qui suit :

« À la demande d'autres organisations, il pourra être mis en place des commissions de suivi paritaires communes pour suivre l'évolution des régimes concernés auxquelles les organismes assureurs devront transmettre tous les renseignements nécessaires.

Si tel n'était pas le cas, il sera mis en place une commission de suivi spécifique aux entreprises relevant de la convention collective du rouissage teillage du lin à laquelle les organismes assureurs devront transmettre tous les renseignements nécessaires audit suivi.

Les entreprises de rouissage teillage du lin relevant du régime général continueront de ne pas faire l'objet de comptes séparés pour le suivi des régimes et seront intégrées au suivi global du secteur d'activité.

Ces entreprises seront représentées par l'USRTL. »

Article 4

Modification de l'annexe I de l'accord du 24 mai 2016

Le présent avenant retranscrit dans le tableau de garanties figurant en annexe I de l'accord du 24 mai 2016 le passage du contrat d'accès aux soins (CAS) à l'OPTAM/OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique) conformément aux dispositions de la dernière convention médicale du 25 août 2016.

L'ensemble de ces dispositifs sont visés au cahier des charges du contrat responsable défini à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale sous le terme commun de « dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisée ».

Compte tenu du fait que certains médecins pouvant encore être adhérents au CAS, il est précisé que les garanties du régime frais de santé visent l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, donc y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Compte tenu de ce qui précède, le tableau des garanties figurant en annexe I est remplacé par le tableau ci-dessous :

(Voir tableau pages suivantes.)

Nature des Garanties	Sécurité sociale	BASE		ACCORD NATIONAL LIN
	Régime Général	Ticket Modérateur	Remboursement complémentaire	TOTAL (y compris les prestations de la MSA)
ACTES MEDICAUX				
Consultation / Visite Généraliste (OPTAM)	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR
Consultation / Visite Généraliste (hors OPTAM)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Consultation / Visite Spécialiste (OPTAM / OPTAM CO)	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR
Consultation / Visite Spécialiste (hors OPTAM / OPTAM CO)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie (OPTAM / OPTAM CO)	70% BR	30%BR	-	100% BR
Actes Techniques Médicaux et Chirurgie (hors OPTAM / OPTAM CO)	70% BR	30%BR	-	100% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie (OPTAM / OPTAM CO)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Actes d'Imagerie Médicale et Echographie (hors OPTAM / OPTAM CO)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Sage femme	70% BR	30% BR	30% BR	130% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	40% BR	10% BR	110% BR
Analyses et Examens Biologie	60% BR	40% BR	20% BR	120% BR
Ostéopathes Chiropracteurs *	néant	-	30€ / séance	30 € / séance
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE **				
Frais de séjour	80% BR / 100% BR	de20% à 0% BR	50%	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (OPTAM / OPTAM CO)	80% BR / 100% BR	de20% à 0% BR	150% BR	250% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (Hors OPTAM / OPTAM CO)	80% BR / 100% BR	de20% à 0% BR	100% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	Néant	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière	Néant	-	25 € par jour	25 € par jour
Frais accompagnant	Néant	-	30 € par jour	30 € par jour
Forfait acte lourd	Néant	-	18 €	18 €
PHARMACIE				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important	65% BR	35% BR	-	100% BR
Médicaments à SMR modéré (homéopathiques et préparations magistral)	30% BR	70% BR	-	100% BR
Médicaments à SMR faible	15% BR	85% BR	-	100% BR
DENTAIRE				
Soins (AXI, END,SDE, TDS, ICO)	70% BR	30% BR	-	100% BR
Prothèse prise en charge par la S.s. (ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM)	70% BR	30% BR	110% BR + crédit de 350€ par an	total de 210% BR + 350 € / an
Prothèse non prise en charge par la S.s. (PDT, PFC, RPN)	Néant	-	-	-
Orthodontie prise en charge par la S.s.	100% BR	-	25% BR	125% BR
Orthodontie non prise en charge par la S.s.	Néant	-	-	-
Parodontologie prise en charge par la Ss	70% BR	30% BR	-	100% BR
Implantologie (dent de devant, IMP)***	Néant	-	300€ par dent	300€ par dent
Implantologie (dent du fond, IMP)***	Néant	-	250€ par dent	250€ par dent
AUTRES PRESCRIPTIONS				
Orthopédie	60% BR	40% BR	-	100%BR
Prothèses médicales et appareillage	60% BR	40% BR	-	100% BR
Audio-Prothèse	60% BR	40% BR	-	100%BR
Frais de Transport	65% BR	35% BR	-	100% BR
Cure thermique	65% BR	-	-	65% BR
Sevrage tabagique (substituts nicotiniques)	150€ par an	-	50€ / an / bénéficiaire	200€ / an / bénéficiaire
OPTIQUE ****				
Monture adulte	60% BR	40% BR	100€ - 100% BR	100 €
Monture enfant	60% BR	40% BR	125€ - 100% BR	125 €
2 verres simples	60% BR	40% BR	240€ - 100% BR	240 €
1 verre simple 1 verre complexe	60% BR	40% BR	280€ - 100% BR	280 €
2 verres complexes	60% BR	40% BR	350€ - 100% BR	350 €
lentilles	60% BR	40% BR	355% BR + 300€ (sur lentilles prises en charge)	455% BR + 300€ (sur lentilles prises
MATERNITE				
Maternité (dans la limite des frais engagés et sur production de factures)	100% BR	-	1/3 PMSS	1/3 PMSS

* Limité à 4 séances par an et par bénéficiaire

** Sont pris en compte les remboursements liés aux hospitalisations médicales, chirurgicales, obstétriques, psychiatriques et ambulatoires. Ne sont pas pris en compte les remboursements liés aux longs séjours suivants : les longs séjours en maison de cure médicalisée et de retraite pour personnes âgées

*** limité à 2 dents par an

**** 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 un an). L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique.

BR : Base de remboursement

PMSS: Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS 2017 en attente de confirmation - 3269€)

FR: Frais réels

OPTAM (ex CAS) : Option tarifaire maîtrisée

OPTAM CO (ex CAS) : l'option tarifaire maîtrisée de chirurgie et d'obstétrique

Tous les actes de prévention (cf arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent accord au titre du présent dispositif de frais de santé et pour chaque bénéficiaire.

Article 5

Date d'effet

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Le présent avenant entre en vigueur le jour de sa signature.

Article 6

Extension

Les parties signataires demandent l'extension du présent accord.

Fait le 23 mars 2017.

(Suivent les signatures.)