

Brochure n° 3116

Conventions collectives nationales

IDCC : 413. – **ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES
POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES**

IDCC : 1001. – **MÉDECINS SPÉCIALISTES QUALIFIÉS**

AVENANT N° 342 DU 29 NOVEMBRE 2017
RELATIF AU RÉGIME DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOR : ASET1850327M

IDCC : 413

Entre :

NEXEM,

D'une part, et

FSS CFDT,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux se sont réunis afin de mettre à jour les conditions de couverture prévues par l'avenant n° 328 du 1^{er} septembre 2014, modifié par l'avenant n° 334 du 29 avril 2015 et l'avenant n° 338 du 3 juin 2016. Conformément à l'article 3.4, 1, de l'avenant n° 328, le régime de complémentaire santé conventionnel suit l'évolution de la définition des contrats responsables (L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

Le présent avenant a pour objet :

1. L'évolution de la garantie concernant les prothèses dentaires remboursées, en introduisant un forfait annuel par bénéficiaire en lieu et place d'une limite à 3 prothèses par an ;

2. 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 aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale sous le terme commun de « dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisée ».

Article 1^{er}

Tableaux de garanties actualisés

(Voir tableau page suivante.)

TABLEAU DE GARANTIES CCN66			
Remboursement total dans la limite des Frais Réels et remboursement Sécurité sociale inclus (sauf pour les forfaits)			
GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base	Base + Option 1	Base + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Frais de séjour	200% BR	200% BR	200% BR
Honoraires (signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1))			
Actes de chirurgie (ADC)			
Actes d'anesthésie (ADA)	220% BR	220% BR	300% BR
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Honoraires (non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1))			
Actes de chirurgie (ADC)			
Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR	200% BR	200% BR
Actes d'obstétrique (ACO)			
Actes techniques médicaux (ATM)			
Forfait Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière par jour : Conventionné	100% FR	100% FR	100% FR
Personne accompagnante :	limité à 2% PMSS	limité à 2% PMSS	limité à 3% PMSS
Conventionné	100% FR	100% FR	100% FR
Conventioonné	limité à 1,5% PMSS	limité à 1,5% PMSS	limité à 3% PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non de l'OPTAM(1)	100% BR	100% BR	100% BR
Consultation - visites : Spécialistes signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	200% BR	200% BR	220% BR
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	180%BR	180%BR	200%BR
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)	aucun	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire	25€/séance dans la limite de 4 séances par an/bénéficiaire
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de biologie	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	170% BR	170% BR	170% BR
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) Non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	150% BR	150% BR	150% BR
Radiologie , actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	145%BR	145%BR	170%BR
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) Non signataires OPTAM(1)/OPTAM CO(1)	125%BR	125%BR	150%BR
Orthopédie et autres prothèses	200% BR	200% BR	200% BR
Prothèses auditives	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)	20% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)	45% PMSS par oreille (maxi 2 oreilles par an)
Transport accepté par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES			Base	Base + Option 1		BASE + Option 2
DENTAIRE						
Soins dentaires			100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie :						
Acceptée par la Ss			300%BR	300%BR	350% BR	350% BR
Refusée par la Ss			250% BR	250% BR	250% BR	250% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss, par an et par bénéficiaire			7% PMSS	7% PMSS	10% PMSS	10% PMSS
Implantologie par an et par bénéficiaire			20% PMSS	22% PMSS	25% PMSS	25% PMSS
Prothèses dentaires remboursées par la Ss :						
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) Dents de fond de bouche Inlays-core			250% BR	325% BR	Dans la limite de 1 050 € par an et par bénéficiaire (2)	Dans la limite de 1 450 € par an et par bénéficiaire (2)
			220% BR	250% BR		350% BR
			150% BR	200% BR		200% BR
OPTIQUE						
Conformément au décret n°204-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 24 mois suivant l'acquisition du précédent équipement pour les adultes, ce délai est ramené à 12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue médicalement constatée.						
Verres			Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2	
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables), par an et par bénéficiaire			3% PMSS	3% PMSS	6,5% PMSS	
Chirurgie réfractive			22% PMSS	22% PMSS	25% PMSS	
Monture adulte			Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2	
Monture enfant			Grille optique 1	Grille optique 1	Grille optique 2	
ACTES DE PREVENTION						
Tous les actes des contrats responsables			100% TM	100% TM	100% TM	
ACTES DIVERS						
Cures thermales acceptées par la Ss			100% BR	100% BR	100% BR	

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

TM : ticket modérateur.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dans le cadre du contrat responsable, pour les honoraires des praticiens non conventionnés, le ticket modérateur est systématiquement couvert.

(1) : « OPTAM / OPTAM-CO » : Option pratique tarifaire maîtrisée/ Option pratique tarifaire maîtrisée - Chirurgie obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO.

(2) Au-delà du forfait annuel, la garantie qui s'applique est de 125 % BR pour chaque acte conformément au décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

Grille n°1		mineurs < 18 ans			Adultes		
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt Ass.
Verres Simple Foyer, Sphérique							
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	55,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	75,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	95,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques							
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	65,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	85,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	105,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	125,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques							
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	115,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	135,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques							
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	145,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	165,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	90,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €
Grille n°2							
Type de Verre	Code LPP	Mineurs < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass.	Code LPP	Adultes	Rbt Ass.
Verres Simple Foyer, Sphérique							
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	60,00 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	80,00 €	2263459, 2265330, 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	100,00 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques							
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	70,00 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	90,00 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	110,00 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	130,00 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques							
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	120,00 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	140,00 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques							
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	150,00 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	170,00 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €	2223342	2,84 €	1,70 €
Dans les deux grilles, les remboursements assureurs s'entendent par verre							

Article 2

Date d'effet

Le présent avenant est applicable au plus tard le 1^{er} janvier 2018, sous réserve de son agrément, conformément à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à Paris, le 29 novembre 2017.

(Suivent les signatures.)