

Brochure n° 3283

**Convention collective nationale**

**IDCC : 2021. – GOLF**

---

AVENANT N° 72 DU 6 DÉCEMBRE 2018

PORTANT MODIFICATION DE L'ARTICLE 11.3

« COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL »

DE LA CONVENTION COLLECTIVE

NOR : ASET1950150M

IDCC : 2021

---

Entre :

GFGA ;

GEGF,

D'une part, et

CSFV CFTC ;

F3C CFDT ;

INOVA CFE-CGC ;

SNEPAT FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**PRÉAMBULE**

Les partenaires sociaux ont souhaité compléter les dispositions de l'article 11.3.4.1 « Répartition des taux de cotisation » par l'ajout d'un 3<sup>e</sup> paragraphe concernant les conditions de souscription par l'employeur d'un régime optionnel et d'un 4<sup>e</sup> paragraphe concernant les conditions d'application des garanties minimales lors du choix de l'assureur. L'article 1.3.2 est modifié avec l'ajout d'un forfait à la garantie socle pour l'achat d'un véhicule pour handicapés physique et une amélioration du taux de remboursement de la prothèse auditive.

**Article 1<sup>er</sup>**

Il est ajouté un 3<sup>e</sup> paragraphe à l'article 11.3.4.1 « Répartition des taux de cotisation » rédigé comme suit :

« En cas d'accord d'entreprise ou de décision unilatérale de l'employeur de rendre obligatoire un régime optionnel pour l'ensemble ou une catégorie objective de salariés, les cotisations susvisées feront l'objet d'une répartition négociée entre employeur et salariés. Cette répartition de cotisations ne pourra être inférieure à 50 % s'agissant de la quote-part de cotisation prise en charge par

l'employeur. Seule la mise en place d'un régime collectif et obligatoire applicable à l'ensemble du personnel ou une catégorie objective de personnel permet de bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. »

## **Article 2**

Il est ajouté un 4<sup>e</sup> paragraphe à l'article 11.3.4.1 « Répartition et taux de cotisation » rédigé comme suit :

« Lors du choix de l'organisme assureur par l'entreprise, l'expression des garanties devra respecter le minima pour chacune des lignes de prestations des postes de remboursement figurant au tableau des garanties. Par "postes de remboursement", sont visées les catégories de prestations hospitalisation médicale et chirurgicale, frais médicaux, pharmacie, optique, dentaire, appareillage, cure thermique et bien être ainsi que les garanties assistance et réseau de soins. »

## **Article 3**

L'article 11.3.2 « Garanties » présentant le tableau des garanties est modifié 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 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
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>			
• Frais de soins secteur conventionné <sup>(1)</sup>	80% / 100% BR	100% BR	Frais Réels
• Honoraires praticiens hospitaliers adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	80% / 100% BR	300% BR	350% BR
• Honoraires praticiens hospitaliers non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	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 <sup>(4)</sup>	-	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) <sup>(5)</sup>	-	10% PMSS	15% PMSS
<b>Frais médicaux</b>			
• Consultations, visites de médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	70% BR	150% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	70% BR	130% BR	180% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	70% BR	170% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	70% BR	150% BR	180% BR
• Actes techniques praticiens adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	70% BR	160% BR	200% BR
• Actes techniques praticiens non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	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 <sup>(3)</sup>	-	100% BR	-
<b>Pharmacie</b>			
• 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
<b>Optique <sup>(6)</sup></b>			
• Equipement verres simples <sup>(7)</sup> avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	plafond de 230€	plafond de 300€
• Equipement verres complexes <sup>(7)</sup> avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	60% BR	plafond de 380€	plafond de 550€
• Equipement verres très complexes <sup>(7)</sup> 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€
<b>Dentaire</b>			
• Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le RO)	70% BR	100% BR	170% BR
• Prothèses remboursées par le RO (y compris couronne implanto-portée)	70% BR	125% BR	125% BR
• Complément prothèses dentaires remboursées *	-	375% BR	495% BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO * <sup>(8)</sup>	-	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€
<b>Appareillage</b>			
• Prothèses auditives acceptées	60% BR	350% BR / prothèse	400% BR / prothèse
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages (y compris véhicules pour handicapé physique accepté par le RO), prothèses orthopédiques <sup>(9)</sup>	60% BR ou 100% BR	250% BR	290% BR
• Forfait véhicule pour handicapés physique accepté ou non par le RO	-	500 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire
<b>Cures thermales <sup>(10)</sup></b>			
• Cure thermale acceptée par le RO	70 % BR / 65 % BR	100% BR	100% BR / 100% BR
<b>Bien-être</b>			
• Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture)	-	Plafond de 80€/an	Plafond de 80€/an
<b>Assistance</b>			
<b>Réseau de soins</b>			
		24 h / 24	24 h / 24
		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
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>			
• Frais de soins secteur conventionné <sup>(1)</sup>	100% BR	100% BR	Frais Réels
• Honoraires praticiens hospitaliers adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	100% BR	300% BR	350% BR
• Honoraires praticiens hospitaliers non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	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 <sup>(4)</sup>	-	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) <sup>(5)</sup>	-	10% PMSS	15% PMSS
<b>Frais médicaux</b>			
• Consultations, visites de médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	90% BR	150% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	90% BR	130% BR	180% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	90% BR	170% BR	200% BR
• Consultations, visites de médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	90% BR	150% BR	180% BR
• Actes techniques praticiens adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	90% BR	160% BR	200% BR
• Actes techniques praticiens non adhérents au DPTM <sup>(2)</sup>	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 <sup>(3)</sup>	-	100% BR	-
<b>Pharmacie</b>			
• 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
<b>Optique<sup>(6)</sup></b>			
• Equipement verres simples <sup>(7)</sup> avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	plafond de 230€	plafond de 300€
• Equipement verres complexes <sup>(7)</sup> avec monture (plafond biennal dont 150 euros maxi pour la monture)	90% BR	plafond de 380€	plafond de 550€
• Equipement verres très complexes <sup>(7)</sup> 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€
<b>Dentaire</b>			
• Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le RO)	90% BR	100% BR	170% BR
• Prothèses remboursées par le RO (y compris couronne implanto-portée)	90% BR	125% BR	125% BR
• Complément prothèses dentaires remboursées*	-	375% BR	495% BR
• Prothèses dentaires non remboursées par le RO* <sup>(8)</sup>	-	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€
<b>Appareillage</b>			
• Prothèses auditives acceptées	90% BR	350% BR / prothèse	400% BR / prothèse
• Fournitures médicales, pansements, gros et petits appareillages (y compris véhicules <sup>(9)</sup> pour handicapé physique accepté par le RO), prothèses orthopédiques	90% BR ou 100% BR	250% BR	290% BR
• Forfait véhicule pour handicapés physique accepté ou non par le RO	-	500 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire
<b>Cures thermales<sup>(10)</sup></b>			
• Cure thermale acceptée par le RO	90 % BR / 65 % BR	100% BR	100% BR / 100% BR
<b>Bien-être</b>			
• Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture)	-	Plafond de 80€/an	Plafond de 80€/an
<b>Assistance</b>			
<b>Réseau de soins</b>			
		24 h / 24	24 h / 24
		OUI	OUI

Lexique :

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale

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  $\leq 4$  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, tricyles 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 4**

Le présent avenant entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

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 accord à la direction générale du travail ainsi qu'au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Nanterre.

Fait à Levallois-Perret, le 6 décembre 2018.

(Suivent les signatures.)