

Brochure n° 3265

Convention collective nationale
IDCC : 1672. – SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

AVENANT DU 16 MAI 2019
AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 24 JUIN 2013
RELATIF AU RÉGIME PROFESSIONNEL DE PRÉVOYANCE
NOR : ASET1951041M

Entre :

FFA,

D'une part, et

CSFV CFTC ;

UNSA banques et assurances ;

CFE-CGC assurance ;

FBA CFDT,

D'autre part,

il a été convenu de ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les parties signataires s'engagent à réviser le règlement du régime professionnel de prévoyance (volet frais de soins) afin qu'il respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions du « contrat responsable et solidaire ». Pour ce faire, compte tenu des dernières évolutions du « panier de soins » et du cahier des charges du « contrat responsable » avec la réforme du 100 % santé, le règlement du RPP est modifié comme suit afin d'intégrer ces nouvelles dispositions.

Article 1^{er}

Les dispositions complémentaires annexées au règlement RPP faisant figurer les planchers et plafonds des contrats responsables sont supprimées.

Les articles 31 et 32 du règlement RPP sont modifiés comme suit :

(Texte page suivante.)

« Article 31
Garanties collectives

GARANTIE	NIVEAU DE GARANTIE (incluant celui de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels)
Hospitalisation	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR ⁽¹⁾
Frais de séjour	100 % BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	280 % BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200 % BR
Chambre particulière	1,50 % PMSS/jour
Soins courants	
Consultation. – Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100 % BR ⁽²⁾
Consultation. – Visites spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100 % BR ⁽³⁾
Auxiliaires médicaux ⁽⁴⁾	100 % BR
Frais examen de biologie médicale (analyse)	100 % BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	270 % BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200 % BR
Radiologie adhérent à un DPTAM.	245 % BR
Radiologie non adhérent à un DPTAM	200 % BR
Transport accepté par la sécurité sociale	195 % BR
Pharmacie	
Médicaments à 65 % ⁽⁵⁾	100 % BR
Médicaments à 30 % ⁽⁶⁾	51 % BR
Médicament à 15 % ⁽⁷⁾	36 % BR
Contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la sécurité sociale)	50 € par an
Dentaire	
Soins dentaires 100 % santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des hono- raires limites de factura- tion, dès 2020
Soins dentaires hors 100 % santé	105 % BR
Prothèses dentaires 100 % santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des hono- raires limites de factura- tion, dès 2020
Prothèses dentaires hors 100 % santé ou avant le 1 ^{er} janvier 2021	210 % BR

GARANTIE	NIVEAU DE GARANTIE (incluant celui de la sécurité sociale et dans la limite des frais réels)
Orthodontie (acceptée par la sécurité sociale)	300 % BR
Aides auditives	
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.	
Audioprothèses 100 % Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix li- mites de vente, à compter du 1 ^{er} janvier 2021
Audioprothèses autres que 100 % Santé	180 % BR, dans le respect des plafonds de rembour- sement réglementaires
Autres prothèses (remboursées par la sécurité sociale)	
Orthopédie et autres prothèses	180 % BR
Prévention	
Consultations – Actes de prévention (acceptées par la sécurité sociale)	100 % BR

Optique		
<p>Le dispositif 100 % santé définit 2 classes de verres et montures : ceux de la classe A (100 % Santé) intégralement pris en charge et ceux de la classe B, hors 100 % santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> – ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (monture limitée à 100 € [ou 30 € dans le cadre du 100 % santé] + 2 verres) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est autorisé : enfant de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Dans ce dernier cas, la période est de 1 an ; – la période précitée de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs). 		
Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
Classe A : 100 % santé		
Classe B : autres que 100 % santé		
2 verres A + monture A	Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé	
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé	– dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût des verres ; et, – dans la limite de 100 €.
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé
Verre A + verre B + monture A	Verre A Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé	Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé
	Verre B Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût de la monture et du verre A	

Verre A + verre B + monture B	Verre A Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé
	Verre B et monture B Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût du verre A et compte tenu que le remboursement de la monture est limité à 100 €
2 verres B + monture B	Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous. Monture limitée à 100,00 €
Plafonds de remboursements pour un équipement hors 100 % santé	
a) Équipement à : – verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.	100 € Dont 100 € au maximum pour la monture
b) Équipement comportant 1 verre mentionné au a et 1 verre mentionné au c	150 € Dont 100 € au maximum pour la monture
c) Équipement à : – verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; – verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; – verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ; – verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; – verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.	200 € Dont 100 € au maximum pour la monture
d) Équipement comportant 1 verre mentionné au a et 1 verre mentionné au f	150 € Dont 100 € au maximum pour la monture
e) Équipement comportant 1 verre mentionné au c et 1 verre mentionné au f	200 € Dont 100 € au maximum pour la monture
f) Équipement à : – verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ; – verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; – verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; – verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	200 € Dont 100 € au maximum pour la monture
Lentilles (acceptées par la sécurité sociale/an)	360 % BR

Chirurgie réfractive ou Kératotomie	250 € par œil
BR : base de remboursement. FR : frais réel. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale. SS : sécurité sociale. DPTAM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM, OPTAM-CO. OPTAM/OPTAM-CO : options des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les limites établies par la convention. PLV : prix limite de vente. 100 % santé : dispositif qui a pour objectif de donner accès à des soins, pris en charge à 100 % dans le domaine de l'optique, dentaire et audiology. Son principe consiste à proposer un ensemble de prestations, appelé « Paniers », des soins identifiées qui répond aux besoins de santé nécessaires. La composition des prestations des paniers est définie réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.	

Article 32

Contrat responsable

Le régime professionnel de prévoyance est mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 83, 1^o, *quater* du code général des impôts.

Le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat "responsable" conformément aux articles L. 160-13, II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Il est expressément convenu que ce contrat sera adapté en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable. »

Article 2

Les signataires s'engagent à effectuer sans délai les démarches nécessaires au dépôt légal du présent avenant. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Fait à Paris, le 16 mai 2019.

(Suivent les signatures.)