

Brochure n° 3114

**Convention collective nationale**  
**IDCC : 959. – LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE**  
**EXTRAHOSPITALIERS**

---

AVENANT DU 20 JUIN 2019  
RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1951310M  
IDCC : 959

Entre :  
SNMB ;  
SLBC ;  
SDB,

D'une part, et  
FNIC CGT ;  
Pharmacie LABM FO,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Considérant l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui met en place le panier de soins « 100 % santé » permettant la prise en charge intégrale des frais d'optique, dentaire et d'audiologie.

À cette fin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 élargit la couverture du contrat responsable aux aides auditives.

Considérant le nouveau cahier des charges du contrat responsable qui est fixé aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale tels que modifié par un décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Considérant l'adaptation de la couverture minimale des garanties collectives d'assurance santé des salariés mise en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019.

Considérant la nécessaire mise en conformité, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020, des conventions de branche mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture

minimale obligatoire et collective prévue par l'article L. 911-7 précité, aux conditions prévues par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

En conséquence de quoi, les parties signataires du présent avenant décident de modifier l'article 26 *bis* « Régime de complémentaire santé » de la convention collective de la façon suivante.

Compte tenu de la nature de l'avenant, il n'y a pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

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

Le III « Prestations garanties du régime frais de santé de branche » est désormais libellé comme suit :

« Les prestations du niveau de garantie dénommé “base obligatoire” détaillées ci-après doivent bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers doivent améliorer les prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant à un niveau de garantie supérieur dénommé “option”.

Les prestations garanties de l'option sont détaillées ci-après.

Cette option a été définie par les partenaires sociaux et bénéficie de conditions tarifaires privilégiées dans la mesure où elles ont été négociées avec l'organisme assureur recommandé visé ci-après au j).

Les laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers devront y souscrire :

- soit dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; Dans ce cas, la cotisation s'y rapportant est la charge exclusive du salarié ;
- soit dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire. Dans ce dernier cas, les laboratoires devront satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

## CCN Laboratoires

DATE D'EFFET  
01/01/2020

## TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité Sociale Française, dès lors qu'elle intervient.


FRAIS COUVERTS à compter du



01/01/2020

BASE OBLIGATOIRE BASE + OPTION

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :  
Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

Frais de séjour		250% BR	350% BR
<b>H</b>  <b>HOSPITALISATION</b> <sup>(1)</sup> en établissement conventionné ou non <sup>(2)</sup>	<b>Honoraires</b>		
	<b>Praticien adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	250% BR	350% BR
	<b>Praticien non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)</sup> Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	<b>Chambre particulière</b> <sup>(4)</sup> Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée (y compris maternité)	60 €	80 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	25 €	32 €
	<b>Lit d'accompagnant</b> <sup>(4)</sup> Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Bénéficiaire de moins de 16 ans - par nuitée	60 €	80 €
	<b>Forfait maternité (prime de naissance)</b> Non remboursée par la Sécurité sociale	150 €	200 €

Soins et prothèses 100 % Santé**		sans reste à payer (11)	sans reste à payer (11)
 <b>DENTAIRE (5)</b> auprès d'un professionnel	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Soins dentaires avec dépassements dont Inlay/onlay Parodontologie Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale- par an et par bénéficiaire	100% BR 150% BR TM 300 €
	Prothèses autres que 100 % Santé	dents du sourire (8) dents de fond de bouche (9) inlays cores Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes)	300%BR 250%BR 150% BR 200 €/ dent
	Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et Prothèses dentaires à tarifs libres		
	Im plantologie	par implant et par bénéficiaire  Couronne sur implant : dents du sourire (8) Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres	300 €  300%BR
	Orthodontie (6)	Couronne sur implant : dents de fond de bouche (9) Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés dans la limite des prix limites de vente (PLV) et à tarifs libres  Par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250%BR  300% BR 200% BRR
Plafond dentaire applicable sur les prothèses autres que 100% Santé (7) (hors soins dentaires et orthodontie)		Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent HBLD036). Au delà, la garantie sera égale à celle du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

 <b>OPTIQUE</b> Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe A)	Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	<b>Équipement autre que 100 % Santé</b> (classe B)		Grille Optique n° 1 *****	Grille Optique n° 2 *****
	<b>Lentilles</b>	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150 € (minima TM)	160 € (minima TM)
		Par œil	100 €	120 €
	<b>Chirurgie optique réfractive</b>		400 €	500 €
 <b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT</b> par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans	<b>À compter du 01/01/2021 :</b>			
	<b>Équipement 100 % Santé**</b> (classe I***)		sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	<b>Équipement autre que 100 % Santé</b> (classe II**)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC		
		Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité****	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
		Bénéficiaire à compter du 21e anniversaire	100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire
<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b>				
Aide auditive - par an et par bénéficiaire			100% BR + 400 € / oreille / bénéficiaire	100% BR + 500 € / oreille / bénéficiaire

<div>  <div> <b>SOINS COURANTS</b> auprès d'un professionnel conventionné ou non </div> </div>		Honoraires médicaux	
<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>			
chez un généraliste	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	200% BR
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	175% BR
chez un spécialiste	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	230% BR
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR
<b>Actes techniques médicaux</b>			
<b>Actes d'imagerie médicale</b>	<b>Adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR
	<b>Non adhérent</b> aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	175% BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	150% BR	200% BR
	<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100% BR	100% BR
<b>Matériel médical</b>		100% BR + 400 €/an / bénéficiaire	100% BR +500 €/an / bénéficiaire
<b>Frais de transport sanitaire</b>		Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (10)	100% BR
<b>Cures thermales</b>		100% BR	200% BR
<b>Médicaments</b>			
	Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR
	Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	150 €
	Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	50 €	120 €
<b>Médecine additionnelle et de prévention</b> Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel			
	Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, psychologue, psychothérapeutes	25 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	35 € par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an
	Dietéticien - 16 ans - par an et par bénéficiaire	50 €	80 €
	Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire	50 €	110 €
<b>Assistance à domicile (voir notice d'information)</b>		oui	oui
<b>Plateforme conseil/devis/réseau</b>		oui	oui

**BR** = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **RC** = Régime complémentaire. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €).

\* **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

\*\* Tels que définis réglementairement : **dispositif 100 % Santé** par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

\*\*\*\* La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

\*\*\*\*\* Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(5) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concerne pas la ligne « Soins dentaires ».

(6) Les forfaits sont calculés et proratisés : sur la base de la codification de la Sécurité sociale indiquée pour l'orthodontie et sur la base de remboursement de l'acte indiqué sur la ligne pour les soins et les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(7) En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

(8) Les dents du sourire correspondent aux dents n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44.

(9) Les dents de fond de bouche correspondent aux dents n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.

(10) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(12) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

Grille Optique			1		2	
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Remboursement assureur y compris le remboursement de la Sécurité sociale		Remboursement assureur y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
			Enfant	Adulte	Enfant	Adulte
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	60,00 €	90,00 €	80,00 €	110,00 €
		sphère < à - 6 ou > à + 6	75,00 €	107,50 €	95,00 €	125,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	70,00 €	100,00 €	90,00 €	120,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70,00 €	100,00 €	90,00 €	120,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	95,00 €	125,00 €	120,00 €	140,00 €
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	95,00 €	125,00 €	110,00 €	140,00 €
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	130,00 €	160,00 €	150,00 €	180,00 €
		sphère < à - 4 ou > à + 4	140,00 €	170,00 €	160,00 €	190,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	155,00 €	190,00 €	170,00 €	200,00 €
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170,00 €	200,00 €	180,00 €	210,00 €
Monture		80 €	100 €	100 €	100 €	



## **Article 2**

Le présent avenant prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Il sera déposé aux services du ministère en vue de son extension.

Fait à Paris, le 20 juin 2019.

(Suivent les signatures.)