

Brochure n° 3134 | Convention collective nationale

IDCC : 2205 | **NOTARIAT**

Avenant n° 5 du 21 novembre 2019

à l'accord du 9 septembre 2015 relatif au régime collectif
et obligatoire de complémentaire frais de santé

NOR : ASET2050006M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CSN ;

SNN,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

SNCTN CFE-CGC ;

FSE CGT,

d'autre part,

Préambule

Aux termes de l'article 9.2 « Évolution des cotisations et des garanties » de l'accord de branche du 9 septembre 2015 relatif au régime collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé dans le notariat, dans sa rédaction issue de l'article 2 de l'avenant n° 4 du 20 septembre 2018, « les taux de cotisation précisés à l'article 9.1 ci-dessus sont garantis par l'organisme recommandé jusqu'au 31 décembre 2021, hors évolutions législatives et réglementaires ».

Au cours de l'année 2019, le contexte réglementaire a évolué en raison de :

- la modification des règles de prise en charge de la CRPCEN au titre de l'action sociale conformément aux engagements pris dans le cadre de sa convention d'objectifs et de gestion 2016-2019,
- la mise en place du dispositif gouvernemental « 100 % santé » permettant la prise en charge intégrale par la sécurité sociale et les complémentaires de frais de santé des soins dentaires prothétiques, des équipements d'optique et auditifs.

Afin d'assurer la pérennité et l'équilibre du régime de complémentaire frais de santé tout en garantissant une couverture de qualité aux salariés, les partenaires sociaux se sont réunis pour apprécier l'impact de ces évolutions sur les taux de cotisations appelés par l'organisme recommandé.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme gouvernementale du « 100 % santé », le tableau des garanties du régime de complémentaire frais de santé des collaborateurs du notariat doit être mis en conformité.

Ceci étant exposé, les parties ont convenu et arrêté ce qui suit ;

Article 1^{er}

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du « 100 % santé » le tableau des garanties de l'article 5 de l'accord de branche du 9 septembre 2015 précité est abrogé et remplacé par le tableau suivant :

(Tableau pages suivantes.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS (1)	
	« BASE CONVENTIONNELLE »	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour (y compris ambulatoire)	100 % BR	
Honoraires (consultations et actes)		
- Médicaux	100 % BR	
- Chirurgicaux	220 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	54 € par jour	
Frais d'accompagnement non remboursés par le RO	31 € par jour	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	
- Consultations et visites de spécialiste	230 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux	100 % BR	
- Actes d'imagerie médicale	150 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO		
o Service médical rendu important, majeur ou modéré	100 % BR	
o Service médical rendu faible	15 % BR	
- Vaccins anti-grippe prescrits mais non remboursés par le RO	100 % FR	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	50 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical (hors aides auditives)		
- Prothèses orthopédiques et gros appareillage	100 % BR	
- Prothèses capillaires ou mammaires	100 % BR + 400 € par prothèse	
- Petit appareillage	100 % BR + 31 € par appareil	

AIDES AUDITIVES	
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil.</i> <i>Cette limite prend effet le 1^{er} janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO</i> <i>au cours de la période susmentionnée.</i>	
Équipement « 100% SANTE » *	A compter du 01/01/2021 : 100% FR *
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	<p><u>Jusqu'au 31/12/2020 :</u> 100 % BR + 1 178 € par appareillage</p> <p><u>À compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre :</u> 100 % BR + 1 178 € par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire</p>
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	<p><u>Jusqu'au 31/12/2020 :</u> 100 % BR + 1000 € par appareillage</p> <p><u>À compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre :</u> 100 % BR + 1000 € par appareillage, limité à 1700€ y compris le remboursement RO, par oreille et par bénéficiaire</p>
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR
OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire.</i> <i>Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.</i>	
Équipement « 100% SANTE » *	100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	100 € par monture
Bénéficiaire de moins de 16 ans	100 € par monture
- Verre Bénéficiaire de 16 ans ou plus	
Par verre simple	160 €
Par verre complexe	195 €
Par verre hypercomplexe	238 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans	160 € par verre
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	350 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	170 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Implant oculaire	600 € par œil
- Kératectomie	600 € par œil

DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
- Prothèses dentaires et Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	
o Dents visibles : incisives, canines et prémolaires	500 % BR
o Dents non-visibles : molaires et dents de sagesse	350 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	450 % BR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant)	500 € par implant
- Parodontologie	200 € par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Cure thermique	
- Remboursée par le RO :	
o Honoraires médicaux	100 % BR
o Frais de transport et d'hébergement à l'exclusion des frais de repas	100 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, sophrologie, ergothérapie, acupuncture, psychomotricité, psychothérapie, diététicien, pédicurie	40 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
Autres prestations	
- Frais d'obsèques (en cas de décès du Participant, du Conjoint ou d'un Enfant à charge) sur présentation de la facture et dans la limite prévue à la Garantie	1 525 € par bénéficiaire
Assistance	INCLUDE
ABRÉVIATIONS : BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme FR : Frais réels OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur http://annuaire.sante.ameli.fr/ RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local. (*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ». (1) Selon les dispositions prévues à la convention. (2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1 ^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.	

Article 2

L'article 9.1 de l'accord de branche du 9 septembre 2015 précité, dans sa rédaction issue de l'article 2 de l'avenant n° 4 du 20 septembre 2018 est abrogé et remplacé par l'article suivant :

« 9.1.Taux de cotisation

Les taux de cotisation appelés par l'organisme recommandé pour les bénéficiaires à titre obligatoire et correspondant aux garanties définies à l'article 5 ci-dessus sont fixés comme suit :

- salarié affilié au régime spécial de la CRPCEN :
 - adhérent seul : 1,43 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2020 et 1,51 % au 1^{er} janvier 2021 ;
 - adhérent avec ayants droit à charge : 2,16 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2020 et 2,27 % au 1^{er} janvier 2021 ;
- salarié affilié au régime obligatoire local de l'Alsace-Moselle :
 - adhérent seul : 0,90 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2020 et 0,95 % au 1^{er} janvier 2021 ;
 - adhérent avec ayants droit à charge : 1,37 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2020 et 1,44 % au 1^{er} janvier 2021 ;
- salarié affilié au régime général de la sécurité sociale :
 - adhérent seul : 1,86 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2020 et 1,96 % au 1^{er} janvier 2021 ;
 - adhérent avec ayants droit à charge : 2,80 % du plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier 2020 et 2,95 % au 1^{er} janvier 2021.

Ces taux incluent la taxe sur les contrats d'assurance de 13,27 % ainsi que des chargements de 8 %. »

Article 3

L'article 11, alinéa 3, relatif au suivi du contrat conclu avec l'organisme recommandé de l'accord de branche du 9 septembre 2015 précité, est modifié comme suit :

« Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1, III du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet de l'avenant n° 4 du 20 septembre 2018 soit le 1^{er} janvier 2019. »

Article 4

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Il sera rendu public et versé dans une base de données nationale, en application des articles L. 2231-5-1 et R. 2231-1-1 du code du travail.

Il sera déposé conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail et sera porté à la connaissance des employeurs et des salariés par sa mise en ligne sur le portail REAL, intranet de la profession, un exemplaire imprimé devant être émarginé par tous les membres du personnel et conservé par l'employeur.

Il sera soumis à la procédure d'extension prévue aux articles L. 2261-24 et suivants du code du travail, à l'initiative de la partie la plus diligente.

Fait à Paris, le 21 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)