

Brochure n° 3604 | Convention collective nationale

IDCC : 7005 | **CAVES COOPÉRATIVES VINICOLES ET LEURS UNIONS**

Avenant n° 7 du 2 juillet 2019

NOR : AGRS2097001M

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

Coop de France vignerons coopérateurs,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Fédération générale agroalimentaire FGA CFTD ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture et le syndicat national FO, ingénieurs, cadres et techniciens FGTA FO ;

Fédération nationale agroalimentaire CFE-CGC AGRO ;

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux signataires de l'accord collectif du 2 février 2011 ont convenu d'adapter les garanties du régime frais de santé à la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables à la suite des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les dispositions prévues par l'accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Article 1^{er} | *Aménagement des garanties*

Les tableaux de garanties annexés à l'accord du 2 février 2011, tel que modifié par l'avenant n° 6 du 9 juin 2016, sont annulés et remplacés par ceux figurant en annexe 1 du présent avenant.

Article 2 | *Extension*

Les parties signataires demandent l'extension du présent avenant.

Article 3 | Date d'effet

Le présent avenant prendra effet le 1^{er} janvier 2020.

Fait à Paris, le 2 juillet 2019.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableaux des garanties à effet du 1^{er} janvier 2020

Les prestations du présent accord respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables ».

Aussi, il ne prend pas en charge les pénalités appliquées en cas de non-respect du parcours de soins (majoration du ticket modérateur et dépassements d'honoraires autorisés), de même que la participation forfaitaire et les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Il répond également aux exigences de prise en charge mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale : prise en charge du ticket modérateur (sauf médicaments homéopathiques), du forfait « actes lourds », du forfait journalier hospitalier et des paniers de soins 100 % santé en optique, dentaire et audiologie et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) ainsi que, en dehors des paniers de soins 100 % santé, des planchers et plafonds pour les frais d'optiques et du plafond pour les aides auditives.

Régime hors Alsace-Moselle

CCVF			
NATURE DES RISQUES	Remboursements Régime de Sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements Sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements Sécurité sociale
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
Honoraires des généralistes adhérents au DPTM (1)	70% BR	30% BR	100% BR
Honoraires des généralistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	70% BR	30% BR	80% BR
Honoraires des spécialistes adhérents au DPTM (1)	70% BR	30% BR	100% BR
Honoraires des spécialistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	70% BR	30% BR	80% BR
Honoraires paramédicaux	60% BR	40% BR	40% BR
Analyses et examens de laboratoires (2)	60% ou 100% BR	40% ou 0% BR	40% ou 0% BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	30% BR
Actes de prévention (3)	35% BR à 70% BR	65% BR à 30% BR	65% BR à 30% BR
Médicaments			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	65% BR	35% BR	35% BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	30% BR	70% BR	70% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-
Matériel médical			
Fournitures médicales, pansements	60% BR	40% BR	40% BR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60% BR à 100% BR	40% BR à 0% BR	40% BR à 0% BR

Honoraires de médecines douces : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, microkinésithérapie	-	80€ /an / bénéficiaire	80€ / an / bénéficiaire
HOSPITALISATION			
Hospitalisation (hors psychiatrie)			
Frais de séjour	80% ou 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires			
-Honoraires des Médecins adhérents au DPTM (1)	80% ou 100% BR	170% ou 150% BR	270% ou 250% BR
-Honoraires des Médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	80% ou 100% BR	120% ou 100% BR	120% ou 100% BR
-Forfait actes lourds (4)	-	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitalier (5)	-	100% FR	100% FR
Chambre particulière y compris en ambulatoire (max 90j/an/bénéficiaire)	-	25€ / jour	25€ / jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€ / jour	25€ / jour
Hospitalisation en psychiatrie			
Frais de séjour	80% BR à 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
Honoraires			
-Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	80% BR à 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
-Honoraires des médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	80% BR à 100% BR	20% ou 0% BR	20% ou 0% BR
OPTIQUE			
		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)	
Equipelement 100% Santé (7)			
- Monture de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
- Verres de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Autres équipements			
Monture de Classe B	60% BR	100 € - RO	100 € - RO
Verre unifocal simple de classe B (8)	60% BR	115 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre
Verre unifocal complexe de classe B (8)	60% BR	145 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif complexe de classe B (8)	60% BR	190 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre
Verres multifocal ou progressif très complexe de classe B (8)	60% BR	240 € - RO / Verre	290 € - RO / Verre
Prestation d'adaptation de la prescription (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Lentilles remboursées par le régime de base	60% BR	395% BR + 200€/an/bénéficiaire	395% BR + 250€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	-	150 € /oeil
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé (9)(10)	70% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Soins (hors 100% Santé)	70% BR	30% BR	30% BR
Inlay onlay (hors 100% santé) (10)	70% BR	30% BR	30% BR
Prothèses (hors 100% santé)			
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	70% BR	140% BR + 300€/an/bénéficiaire	250% BR + 300€/an/bénéficiaire

Orthodontie remboursée par le régime de base	70% BR ou 100% BR	130% ou 100% BR	180% BR ou 150% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-
Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-
Parodontologie	0% ou 70% BR	0% ou 30% BR	0% ou 30% BR
AIDES AUDITIVES (11)			
Equipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1^{er} janvier 2020 (7)	60% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60% BR	40% BR	860 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60% BR	40% BR	1460 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS			
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	200 €	200 €
Transport remboursé par le régime de base	65% BR ou 100% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR
Transport pour hospitalisation de jour	65% BR ou 100% BR	35% BR ou 0% BR	35% BR ou 0% BR

Régime Alsace-Moselle

CCVF			
NATURE DES RISQUES	Remboursements Régime de Sécurité sociale	Remboursements garanties de base hors remboursements Sécurité sociale	Remboursements garanties en option (y compris garanties de base) hors remboursements Sécurité sociale
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (y compris actes techniques et téléconsultation)			
Honoraires des généralistes adhérents au DPTM (1)	90% BR	10% BR	80% BR
Honoraires des généralistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	90% BR	10% BR	60% BR
Honoraires des spécialistes adhérents au DPTM (1)	90% BR	10% BR	80% BR
Honoraires des spécialistes non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	90% BR	10% BR	60% BR
Honoraires paramédicaux	90% BR	10% BR	10% BR
Analyses et examens de laboratoires (2)	90% ou 100% BR	10% BR	10% BR
Radiologie, électroradiologie, imagerie et ostéodensitométrie	90% BR	10% BR	10% BR
Actes de prévention (3)	35% BR à 90% BR	65% BR à 10% BR	65% BR à 10% BR
Médicaments			
Médicaments à service médical rendu « majeur ou important »	90% BR	10% BR	10% BR
Médicaments à service médical rendu « modéré »	80% BR	20% BR	20% BR
Médicaments à service médical rendu « faible »	15% BR	85% BR	85% BR
Médicaments prescrits non remboursés	-	-	-
Vaccins prescrits non remboursés	-	-	-
Matériel médical			
Fournitures médicales, pansements	90% BR	10% BR	10% BR
Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	90% BR à 100% BR	10% BR à 0% BR	10% BR à 0% BR
Honoraires de médecines douces : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie, microkinésithérapie	-	80€ /an / bénéficiaire	80€ / an / bénéficiaire

HOSPITALISATION			
Hospitalisation (hors psychiatrie)			
Frais de séjour	100% BR	-	-
Honoraires			
-Honoraires des Médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	150% BR	250% BR
-Honoraires des Médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	100% BR	100% BR	100% BR
-Forfait actes lourds (4)	100% FR	-	-
Forfait journalier hospitalier (5)	100% FR	-	-
Chambre particulière y compris en ambulatoire (max 90j/an/bénéficiaire)	-	25€ / jour	25€ / jour
Frais de lit d'accompagnant (enfant moins de 16 ans) – max 60j/an/bénéficiaire	-	25€ / jour	25€ / jour
Hospitalisation en psychiatrie			
Frais de séjour	100% BR	-	-
Honoraires			
-Honoraires des médecins adhérents au DPTM (1)	100% BR	-	-
-Honoraires des médecins non adhérents au DPTM y compris non conventionnés (1)	100% BR	-	-
OPTIQUE			
		1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans (6)	
Équipement 100% Santé (7)			
- Monture de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
- Verres de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Suppléments optiques et prestations associés aux verres de Classe A	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Autres équipements			
Monture de Classe B	90% BR	100 € - RO	100 € - RO
Verres unifocaux simples de classe B (8)	90% BR	115 € - RO / Verre	140 € - RO / Verre
Verres unifocaux complexes de classe B (8)	90% BR	145 € - RO / Verre	170 € - RO / Verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes de classe B (8)	90% BR	190 € - RO / Verre	240 € - RO / Verre
Verres multifocaux ou progressifs très complexes de classe B (8)	90% BR	240€ - RO / Verre	290 € - RO / Verre
Prestation d'adaptation de la prescription (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Supplément pour verre avec filtre pour des verres de Classe B (7)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Lentilles remboursées par le régime de base	90% BR	365% BR + 200€/an/bénéficiaire	365% BR + 250€/an/bénéficiaire
Lentilles non remboursées par le régime de base	-	200 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
Chirurgie de l'œil	-	-	150€ /oeil
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% Santé (9)(10)	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Soins et prothèses (hors 100% Santé)	90% BR	10% BR	10% BR
Inlay onlay (hors 100% santé) (10)	90% BR	10% BR	10% BR
Prothèses (hors 100% santé)			
- prothèses à honoraires maîtrisés (10)	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire
- prothèses à honoraires libres	90% BR	120% BR + 300€/an/bénéficiaire	230% BR + 300€/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée par le régime de base	90% BR ou 100% BR	110% ou 100% BR	160% BR ou 150% BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-

Implantologie (hors couronne implantoportée)	-	-	-
Parodontologie	0% ou 90% BR	0% ou 10% BR	0% ou 10% BR
AIDES AUDITIVES (11)			
Equipements 100% Santé (7) Aides auditives Classe I prises en charge par le régime de base	90% BR	Frais réels - RO	Frais réels - RO
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	90% BR	10% BR	440 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	90% BR	10% BR	1340 € / oreille / bénéficiaire / 4 ans
DIVERS			
Prime de naissance (sur présentation de justificatifs)	-	200 €	200 €
Transport remboursé par le régime de base	100% BR	-	-
Transport pour hospitalisation de jour	100% BR	-	-

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM / OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes, sauf si le tableau des garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants "honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes".

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum ; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans ; scellement des sillons avant 14 ans ; dépistage Hépatite B ; bilan du langage avant 14 ans ; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans ; vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(4) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120€ (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(5) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(7) Tels que définis réglementairement. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(8) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

Verres unifocaux : Verres unifocaux simples (catégorie a) : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 dioptries. Verres unifocaux complexes (catégorie c) : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries. Verres mixtes : un verre simple et un verre complexe, un verre simple et un verre très complexe, un verre complexe et un verre très complexe. Verres multifocaux : Verres multifocaux complexes (catégorie c) et très complexes (catégorie f : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries).

(9) La mise en place du 100% Santé pour les prothèses dentaires est progressive entre 2020 et 2021. Certaines prothèses qui intégreront le panier 100% Santé au 1^{er} janvier 2021 seront prises en charge au titre des prothèses hors 100% Santé au cours de l'année 2020.

(10) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour les soins et les prothèses à honoraires maîtrisés entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(11) A compter du 1^{er} janvier 2021, prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est déduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base et régime complémentaire) est inchangé.