

Brochure n° 3151 | Convention collective nationale

IDCC : 1316 | **TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL**

Avenant n° 7 du 27 novembre 2019

à l'accord du 17 novembre 2016 relatif à l'instauration
d'un régime professionnel de santé et de prévoyance

NOR : ASET2050174M

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

GSOTF ;

CNEA,

d'une part, et

le(s) syndicat(s) de salariés :

FS CFDT ;

SNEPAT FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant a pour objet :

- la mise en conformité du tableau de garanties intitulé « Frais de santé. - Ensemble du personnel », figurant en annexe à l'accord du 17 novembre 2016 avec la nouvelle réglementation en vigueur, à savoir, la mise en œuvre de la réforme du « 100 % santé » instaurée par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises 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 et le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable ») ;
- dans le respect des exigences réglementaires ci-dessus rappelées, les partenaires sociaux ont souhaité modifier certains niveaux de prestations fixées par le tableau de garanties intitulé « Frais de santé. - Ensemble du personnel » figurant en annexe à l'accord du 17 novembre 2016, afin d'assurer l'équilibre financier durable du régime géré par les institutions recommandées par l'article 6 de l'accord du 17 novembre 2016 ;

- la modification des taux de cotisations fixés par l'article 2.5.3 de l'accord du 17 novembre 2016 afin d'assurer l'équilibre financier durable du régime géré par les institutions recommandées par l'article 6 de l'accord du 17 novembre 2016 ;
- de modifier la notion de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) qui ont fusionné au sein d'un nouveau dispositif appelé complémentaire santé solidaire.

Article 1^{er}

L'article 2.1 intitulé Prestations, renvoie aux tableaux de garanties figurant en annexe à l'accord.

À compter de la date d'effet du présent avenant et suite à la décision de la branche, le tableau de garanties intitulé « Frais de santé. – Ensemble du personnel » est modifié comme suit :

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

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

		REGIME SOCLE - Adhésion obligatoire -	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE (y compris les garanties du socle) Adhésion facultative
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non			
Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % BR	100 % FR
	En établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	280 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	160 % BR
Forfait journalier hospitalier (2) Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	y compris maternité - par nuitée ou par jour	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Lit d'accompagnant (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	Bénéficiaire dont l'âge est < à 16 ans - par nuitée	1,3 % PMSS	2,5 % PMSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE	100 % DE

DENTAIRE auprès d'un professionnel			
Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (5)	sans reste à payer (5)
Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR
	Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	280 % BR
	Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	280 % BR	350 % BR
	Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par acte, limité à 3 actes / par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge
Implantologie		Pas de prise en charge	300 €/implant (maxi 3 implants/an/bénéficiaire)
Orthodontie	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	135 % BR	300 % BR
	Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire, limité à 4 semestres	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge

OPTIQUE (7) Renouvellement par équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière pour les verres, cf CG)			
Équipement 100 % Santé** (classe A***)		sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6)
	y compris prestations d'appairage pour les verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6)
	y compris supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6)
Équipement autre que 100 % Santé (classe B***)	par verre simple (10) - par bénéficiaire *****	70 €	90 €
	par verre complexe (11) - par bénéficiaire *****	150 €	180 €
	par verre très complexe (12) - par bénéficiaire *****	200 €	250 €
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans*****	70 €	90 €
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	50 €	70 €
Prestation d'adaptation des verres de classe A ou B par l'opticien		100% BR	100% BR
Suppléments pour les équipements de classe B (8)		100% BR	100% BR
Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 100€/an/bénéficiaire	100 % BR + 150 €/an/bénéficiaire
	Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
Chirurgie optique réfractive	Par œil	Pas de prise en charge	300 €/œil/an/bénéficiaire

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille			
Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 300€/oreille/bénéficiaire
À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
Équipement 100 % Santé** (classe I****)		sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6)
Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR + 300€/oreille/bénéficiaire
Accessoires et fournitures		100 % BR	100 % BR

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non			
Honoraires médicaux			
Consultation / visite / consultation en ligne			
	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	270 % BR
Chez un généraliste ou spécialiste			
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	160 % BR
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	270 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	160 % BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques		100 % DE	100 % DE
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	270 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux	Auxiliaires médicaux	160 % BR	260 % BR
Analyses et examens de laboratoire		160 % BR	260 % BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR	210 % BR
Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	165 % BR	165 % BR
Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR
	Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel - pour cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale	Pas de prise en charge	100 €/an/bénéficiaire
Médicaments	remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR
Médecine additionnelle et de prévention Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale	Médecine douce (Ostéopathe, homéopathe, chiropracteur) - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an	25 €/séance (maxi 5 séances/an/bénéficiaire)	35 €/séance (maxi 5 séances/an/bénéficiaire)

Autres		
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale (9)	Pris en charge	Pris en charge

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 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.

**** Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste II dans les Conditions générales.

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

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique. En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

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

(3) 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.

(4) 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.

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

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

(7) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

(8) prisme incorporé, prisme souple uniquement pour les - de 6 ans, système antiptosis, verres iséiconiques

(9) Ces actes sont pris en charge dans la limite des prestations garanties par le contrat. A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires.

10) Verres simples :

- 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.

(11) Verres complexes :

- 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 égale à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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.

(12) Verres très complexes :

- 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 0.00 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.

Article 2

Afin d'assurer l'équilibre financier durable du régime, les taux des cotisations mentionnés à l'article 2.5.3 de l'accord sont modifiés comme suit :

COTISATION MENSUELLE				
REGIME GENERAL	Base conventionnelle		Option*	
	Obligatoire ⁽¹⁾	Facultative	Obligatoire	Facultative
Famille hors conjoint ⁽¹⁾	0,30% PMSS + 2,06% TAB		+ 0,52 % PMSS	+ 0,52 % PMSS
Conjoint		1,29% PMSS		+ 0,38 % PMSS
COTISATION MENSUELLE				
REGIME LOCAL	Base conventionnelle		Option*	
	Obligatoire ⁽¹⁾	Facultative	Obligatoire	Facultative
Famille hors conjoint ⁽¹⁾	0,30% PMSS + 1,25 % TAB		+0,52 % PMSS	+ 0,52% PMSS
Conjoint		0,77 % PMSS		+ 0,38% PMSS

* Le montant de la cotisation "Option" est exprimé en complément du montant de la cotisation "Base conventionnelle"

(1) Famille hors conjoint : salarié et enfants à charge

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

TAB : Tranche A (partie du salaire limité au plafond mensuel de la Sécurité sociale) et B (partie du salaire comprise entre le plafond de la tranche A et 4 fois ce plafond) de la rémunération mensuelle brute

Article 3

Le 3^e alinéa du 3^e paragraphe de l'article 2.2.1 est modifié comme suit :

« Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ; ».

Article 4

Compte tenu de la nature et de l'objet du présent avenant, les partenaires sociaux confirment ne pas avoir entendu prendre de stipulations spécifiques à l'égard des entreprises de moins de 50 salariés, dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime conventionnel de remboursement de frais de soins de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective, et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

Le présent avenant s'applique donc à l'ensemble des entreprises visées dans son champ d'application quel que soit leur effectif.

Article 5

Les dispositions du présent avenant prendront effet le 1^{er} janvier 2020.

Les parties signataires du présent avenant s'engagent à effectuer les formalités de dépôt et à en demander l'extension auprès des services du ministère compétent.

Fait à Paris, le 27 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)