

Brochure n° 3283 | Convention collective nationale

IDCC : 2021 | **GOLF**

Avenant n° 76 du 20 janvier 2020 relatif à la complémentaire frais de santé

NOR : ASET2050262M

IDCC : 2021

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

GFGA ;

GEGF,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT ;

FO ;

CFTC ;

CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Pour se mettre en conformité avec 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, les partenaires sociaux signataires se sont accordés pour procéder à des aménagements des tableaux de garanties.

Article 1^{er}

Les paragraphes 3 et 4 de l'article 11.3.2 « Garanties » sont modifiés comme suit :

« 11.3.2. Garanties

1. Couverture salarié "isolé"

La couverture conventionnelle prévue dans le tableau de garanties "Frais de santé" couvre à titre obligatoire le salarié seul (couverture "Isolé").

La couverture frais de santé a pour objet le remboursement total ou partiel des dépenses de santé engagées par le participant, en complétant, acte par acte, les prestations versées par le régime de base, dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations de la présente couverture frais de santé 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 cures thermales, médicaments à service rendu faible ou modéré et 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 (DPTM) 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.

En tout état de cause, les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions réglementaires et législatives régissant les garanties des contrats dits "responsables".

Les salariés couverts ainsi que leurs ayants droit bénéficient également des services proposés par un réseau de soins. »

Article 2

Le point 3 « Garantie optionnelle » de l'article 11.3.2 « Garanties » présentant le tableau des garanties est mis à jour comme suit :

(Voir tableau page suivante.)

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement total Garantie Socle CCN Golf	Remboursement total Garantie optionnelle CCN incluant la garantie socle Golf	Remboursement total Garantie surcomplémentaire A+
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (y compris téléconsultation) :					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	150 % BR	200 % BR	350 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	170 % BR	200 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	90 % BR	160 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes techniques y compris radiologie médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	160 % BR	200 % BR	360 % BR
Actes techniques y compris radiologie médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses, et examens de laboratoire médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	160 % BR	200 % BR	300 % BR
Analyses, et examens de laboratoire médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes de prévention ⁽²⁾	de 35 % à 70 % BR	de 35 % à 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie	-	-	80€/an	80€/an	150€/an
Médicaments :					
- Médicaments à service médical rendu "majeur ou important"	65 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "modéré"	30 % BR	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu "faible"	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical :					
- Fournitures médicales, pansements	60% BR	90 % BR	250 % BR	290 % BR	400 % BR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses ⁽³⁾	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	250 % BR	290 % BR	400 % BR
- Forfait véhicule pour handicapé physique remboursé ou non par le régime de base	-	-	500€/an	500€/an	500€/an
HOSPITALISATION					
Frais de séjour en secteur conventionné ⁽⁴⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	Frais réels	Frais réels
Honoraires :					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	300 % BR	350 % BR	500% BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Forfait actes lourds ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁶⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁷⁾	-	-	45€/jour	75€ /jour	100€/jour
Lit d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour/bénéficiaire)	-	-	30€/jour	40€/jour	60€/jour
OPTIQUE					
Equipeiment : 2 verres + monture			1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁸⁾		
Equipements 100% santé (Classe A) ⁽⁹⁾ :					
- Monture	60 % BR	90% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
-Verre	60% BR	90% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
-Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres équipements (classe B)					
-Monture	60% BR	90% BR	100 €	100 €	100 €
- Verre simple Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	90% BR	65 €/verre	100 €/verre	160 €/verre
-Verre complexe Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	90% BR	140 €/verre	225 €/verre	230 €/verre
- Verre très complexe Classe B ⁽¹⁰⁾	60 % BR	90% BR	175 €/verre	250 €/verre	300 €/verre
Prestation d'adaptation de la prescription pour des verres de Classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁹⁾	60 % BR	90% BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	90% BR	100 % BR+200€/an	100 % BR+200€/an	100 % BR+400€/an
Lentilles non remboursées par le régime de base (y compris jetables	-	-	100€/an	200€/an	300€/an
Chirurgie corrective (myopie, presbytie) et implants oculaires (par œil) hors honoraires	-	-	-	400€/oeil	600€/oeil
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁹⁾⁽¹¹⁾	70 % BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins (hors 100% Santé) y compris implantologie remboursée par le RO	70 % BR	90 % BR	100 % BR	170 % BR	370 % BR
Inlay Onlay (hors 100% santé) ⁽¹¹⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	170 % BR	370% BR
Prothèses (hors 100% Santé)					
- prothèses à honoraires maîtrisés ⁽¹²⁾	70 % BR	90% BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
- prothèses à honoraires libres y compris couronne implant portée	70 % BR	90% BR	125 % BR	125 % BR	125 % BR
-forfait complémentaire prothèses à honoraires maîtrisés ou libres	-	-	+ 375 % BR	+495 % BR	+ 535% BR + 300 €/an
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base ⁽¹³⁾	-	-	200 % BR	200 % BR	200 % BR +400 €/an
- plafond annuel du forfait complémentaire des prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ou libres et prothèses non remboursées	-	-	1500 €/an	1500 €/an	2000 €/an
Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	300 % BR	450 % BR	450 % BR
Implantologie (hors couronne implanto-portée, prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	-	200€/an	200€/an	600€/an
Parodontologie non remboursée par le régime de base (prise en charge sur devis adressé à la mutuelle)	-	-	-	100€/an	400€/an

Nature des frais	Remboursement du régime de base Hors Alsace Moselle	Remboursement du régime de base Alsace Moselle	Remboursement total Garantie Socle CCN Golf	Remboursement total Garantie optionnelle CCN incluant la garantie socle Golf	Remboursement total Garantie surcomplémentaire A+
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾					
Équipements 100% Santé (Classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 ⁽⁹⁾	60% BR	90 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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	90 % BR	1 700 €	1 700 €	1 700 €
Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	90 % BR	1 225 €	1400 €	1 700 €
CURES THERMALES					
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65 % ou 70 % BR	65 % ou 90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	200 €/an
DIVERS					
Prime de naissance ou d'adoption (sur présentation de justificatifs) ⁽¹⁵⁾	-	-	10 % PMSS	15 % PMSS	15 % PMSS
Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	300 % BR
Assistance	-	24h/24	24h/24	24h/24	24h/24
Réseau de soins CARTE BLANCHE	-		oui		

BR: Base de remboursement FR: Frais réels RO: Régime Obligatoire PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire de l'assuré (article L.160-13 du code de la sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement. Les prestations d'assistance sont assurées par Europ Assistance.

(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.

(2) 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).

(3) Podo-orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et châssis. Pour les prothèses optiques et auditives, il faut se reporter aux postes correspondants.

(4) Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2€/jour.

(5) 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).

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

(7) Prise en charge limitée à 60 jours/an en hospitalisation ; 45 jours/an en psychiatrie ; 12 jours/an en maternité.

(8) 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.

(9) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. 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.

(10)

verres simples Classe B :

- verres unifocaux sphériques avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries
- verres neutres

verres complexes Classe B

- verres unifocaux sphériques avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries
- verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe

verres très complexes Classe B

- verres multifocaux ou progressifs sphériques avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques avec sphère positive et S > 8 dioptries
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe ou 1 verre simple et 1 verre très complexe

(11) 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.

(12) 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.

(13) La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible à plaque résine d'1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).

(14) À 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.

(15) Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissance ou adoption multiple.

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+ régime complémentaire) est inchangé.

Article 3

L'article 11.3.4.1 « Répartition des taux de cotisations » est modifié comme suit :

« Les garanties sont accordées aux salariés, et éventuellement à tout ou partie de leurs ayants droit, moyennant une cotisation maximale qui devra être établie selon l'une des 3 structures tarifaires définies, au choix de l'employeur (Isolé, famille, monoparentale).

Conformément à la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, l'employeur prend en charge 50 % de la cotisation afférente à la couverture mise en place à titre obligatoire dans l'entreprise, y compris lorsque la garantie optionnelle et la couverture des ayants droit sont rendus obligatoires.

Tableaux des taux de cotisations

(Applicables que la couverture soit mise à titre obligatoire ou facultative s'agissant de la garantie optionnelle et de l'extension de la couverture aux ayants droit du salarié).

Les partenaires sociaux de la CCN du Golf ont défini un taux maximal de cotisation que les employeurs devront consacrer au financement des garanties.

Les montants des cotisations feront l'objet d'un réexamen annuel en commission paritaire.

Taux de cotisations en % du PMSS et TTC.

Régime général hors Alsace-Moselle

En % du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle	Surcomplémentaire A+
	Total	Total	En complément
Isolé	1,20 %	1,63 %	+ 0,42 %
Isolé/monoparental	2,08 %	2,90 %	+ 0,80 %
Isolé/famille	3,14 %	4,68 %	+ 1,14 %

Régime général Alsace-Moselle

En % du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle	Surcomplémentaire A+
	Total	Total	En complément
Isolé	0,92 %	1,23 %	+ 0,42 %
Isolé/monoparental	1,59 %	2,17 %	+ 0,80 %
Isolé/famille	2,37 %	3,52 %	+ 1,14 %

Régime agricole hors Alsace-Moselle

En % du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle	Surcomplémentaire A+
	Total	Total	En complément
Isolé	1,13 %	1,53 %	+ 0,39 %
Isolé/monoparental	1,96 %	2,72 %	+ 0,75 %
Isolé/famille	2,94 %	4,39 %	+ 1,07 %

Régime agricole Alsace-Moselle

En % du plafond mensuel de la sécurité sociale	Couverture conventionnelle	Garantie optionnelle	Surcomplémentaire A+
	Total	Total	En complément
Isolé	0,86 %	1,16 %	+ 0,39 %
Isolé/monoparental	1,49 %	2,04 %	+ 0,75 %
Isolé/famille	2,22 %	3,30 %	+ 1,07 %

Les tarifs loi Evin sont identiques à ceux des actifs lors de la première année. Ils seront ensuite majorés la deuxième année puis la troisième année de manière à atteindre 125 % puis 150 % du tarifs des actifs. »

Article 4

Cet avenant s'applique à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du golf. Compte tenu du fait que ces entreprises sont majoritairement des entreprises de moins de 50 salariés et du thème de la négociation, il ne nécessite pas d'adaptations spécifiques ou la mise en place d'un accord type par la branche pour les entreprises de moins de 50 salariés telles que mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Article 5

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

Les partenaires sociaux se réservent le droit de renégocier le contenu du présent avenant si les circonstances en démontrent l'utilité.

Article 6

Les partenaires sociaux signataires s'engagent à déposer le texte du présent avenant à la direction des relations du travail ainsi qu'au secrétariat du greffe du conseil de prud'hommes de Paris et, à effectuer les démarches nécessaires pour en obtenir l'extension auprès du ministère concerné.

Il n'est pas autrement dérogé aux autres articles et conditions de la CCN du golf du 13 juillet 1998.

Fait à Paris, le 20 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)