

Avenant n° 97 du 5 novembre 2019

relatif aux dispositions de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015
sur le régime de complémentaire santé

NOR : AGRS2097102M

IDCC : 7012

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

GHN,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC-Agri ;

FGA CFDT ;

SNCEA CFE-CGC ;

FGTA FO ;

CGT FNAF,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2020, les dispositions de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 relatif au régime de complémentaire santé au regard des dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et du 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 »).

Article 1^{er} | Tableau des garanties

Les dispositions de l'article 5.1 de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 relatives au tableau des garanties sont supprimées et modifiées comme suit :

« Les garanties résumées en annexe sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes.

Les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes appartenant au dispositif dit « 100 % santé ».

Le dispositif dit « 100 % santé » correspond à l'ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le régime obligatoire et le régime complémentaire santé, sous réserve du respect par les professionnels de santé des prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par arrêté ; le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Les actes appartenant au dispositif dit « Hors 100 % santé » font l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du régime obligatoire et du régime complémentaire santé. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des honoraires limites de facturation en matière de garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de garanties optique, dentaire et aides auditives).

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent « en complément des prestations versées par le régime obligatoire (RO) ».

Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.


Les garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.

Dans tous les cas, le total des remboursements ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 2 | Annexe

L'annexe de l'avenant n° 89 du 15 octobre 2015 est supprimée et modifiée comme suit :

(Voir page suivante.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS			
	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES		GARANTIES OPTIONNELLES	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	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	200 % BR		/	
Honoraires (consultations et actes)	200 % BR	100 % BR	/	/
Chambre particulière non remboursés par le RO				
- Hors ambulatoire	50 € par jour		/	
- En ambulatoire	20 € par jour		/	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO</u>	30 € 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)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux	100 % TM		/	
- Consultations et visites de généraliste				
- Consultations et visites de spécialiste	80 % BR	60 % BR	+ 70 % BR	+ 40 % BR
- Actes techniques médicaux	80 % BR	60 % BR	/	/
- Actes d'imagerie médicale	100 % TM		/	
Honoraires paramédicaux	100 % TM		/	
Analyses et examens de laboratoire	100 % TM		/	
Médicaments				
- Médicaments remboursés par le RO	100 % TM		/	
Matériel médical (hors aides auditives)				
- Grand appareillage (3)	100 % BR		/	
- Prothèses orthopédiques et autres prothèses	150 % BR		/	
AIDES AUDITIVES				
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée (1)				
Equipement « 100% SANTE » *	 A compter du 01/01/2021 : 100% FR *			
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *				
Jusqu'au 31/12/2020 :	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM		/	
A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre *:	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO,		/	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	150 % BR		/	

OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
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 exceptions réglementaires. (3)		
Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées (1)		
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	80 € par monture	/
Bénéficiaire de moins de 16 ans	60 € par monture	/
- Verre Bénéficiaire de 16 ans ou plus		
Par verre simple	92 €	
Par verre complexe	172 €	+ 34 €
Par verre hypercomplexe	207 €	+ 34 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans		
Par verre simple	86 €	/
Par verre complexe	103 €	/
Par verre hypercomplexe	103 €	/
- Prestations d'adaptation	100 % TM	/
- Appairage des verres	100 % TM	/
Lentilles correctrices		
- Remboursées ou non par le RO (y compris lentilles jetables)	100 € par an et par bénéficiaire	/
Autres prestations optiques		
- Chirurgie de l'œil par laser	Néant	+ 400 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	100% FR *	
Soins Hors « 100% SANTE » *		
- Soins dentaires	100 % TM	/
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	60 % BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *		
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	270 % BR	+ 130 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	80 % BR	/
Orthodontie		
- Remboursée par le RO	130 % BR	+ 150 % BR
- Non remboursée par le RO	Néant	+ 100 % BRR
AUTRES GARANTIES		
Transport	100 % TM	/
Natalité (3)		
- Forfait maternité : naissance / adoption	Néant	+ 10 % PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (3)		
- Remboursée par le RO	Néant	+ 10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce (3)		
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € 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 % TM	/

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

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/>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3377 € pour 2019)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

RSS : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire

(*) 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 au contrat.

(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.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

La situation des TPE/PME a été examinée dans le cadre de cette négociation. S'agissant d'un accord améliorant le régime de santé dont relève l'ensemble des entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés, il n'a pas été jugé utile et opportun de définir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Aussi, dans le cadre la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 4 | Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 5 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 et ce pour une durée indéterminée.

Article 6 | Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Vincennes, le 5 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)