

Brochure n° 3037 | Convention collective nationale

IDCC : 1921 | **PERSONNEL DES HUISSIERS DE JUSTICE**

Avenant n° 67 du 18 novembre 2019
modifiant l'avenant n° 48 du 13 mars 2015
relatif à la mise en place d'un régime frais de santé

NOR : ASET2050346M

IDCC : 1921

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

UNHJ ;

HJF ;

CNCJ,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CSFV CFTC ;

FS CFDT ;

FEC FO ;

FNSECP CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire nationale de prévoyance ont souhaité faire évoluer les garanties du régime frais de santé mis en place dans la branche par l'avenant n° 48 du 13 mars 2015 afin de prendre en compte l'évolution des textes applicables en matière de contrats responsables.

En effet, les modifications apportées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret du 11 janvier 2019 nécessitent de modifier les garanties proposées par le régime professionnel afin de le mettre en conformité au 1^{er} janvier 2020.

Ces modifications intégrant les dispositions obligatoires du 100 % santé permettront au régime de continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux réservés aux contrats responsables.

Les garanties sont modifiées conformément au tableau figurant à l'article 1^{er} qui remplace le précédent tableau de garantie.

Article 1^{er} | Tableau des garanties

L'article 3.4 de l'avenant n° 48 du 13 mars 2015 relatif au régime frais de santé est modifié comme suit :

Les remboursements interviennent en complément des remboursements de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Sauf pour les garanties exprimées en pourcentage FR (frais réels) qui s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale et sauf pour les forfaits verres et monture qui s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale.

TABLEAU DES GARANTIES			Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés et de :		
Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la Sécurité sociale dès lors qu'elle intervient.			Base	Option 1	Option 2
FRAIS COUVERTS à compter du 01/01/2020			100% BR	200% BR	250% BR
HOSPITALISATION (1)	Frais de séjour	En établissement conventionné et non conventionné			
	Honoraires				
		Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR	250% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR	180% BR	200% BR
		Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR	180% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (2)		100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Non remboursé par la Sécurité sociale				
	Chambre particulière (3)		30€ /jour	60 €/jour	80 €/jour
	Non remboursé par la Sécurité sociale				
	Lit d'accompagnement (3)	Enfant de moins de 12 ans	30€ /jour	45 €/jour	60 €/jour
DENTAIRE auprès d'un professionnel	Non remboursé par la Sécurité sociale				
	Allocation maternité ou adoption plénière		Néant	100 €	150 €
	Participation forfaitaire		Frais réels	Frais réels	Frais réels
	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 (6)	sans reste à payer (6)	sans reste à payer (6)
	Soins	Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100% BR	120% BR	150% BR
	Prothèses autres que 100 % Santé				
		Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	125% BR	200% BR	300% BR
		Inlay-onlay à tarifs modérés	100% BR	120% BR	150% BR
		Inlay-core à tarifs modérés	125% BR	200% BR	300% BR
		Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	125% BR	200% BR	300% BR
OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)		Inlay-onlay à tarifs libres	100% BR	120% BR	150% BR
		Inlay-core à tarifs libres	125% BR	200% BR	300% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	125% BR reconstituée	200% BR reconstituée	300% BR reconstituée
	Implantologie		Néant	150 €	300 €
	Orthodontie (5)				
		Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire		200 % BR	250% BR
		Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	Néant	Néant	200% BR
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)				
		par verre simple ****	€ ; % BR => minima TM max 160 € (y compris SS)	€ ; % BR => minima TM max 160 € (y compris SS)	€ ; % BR => minima TM max 160 € (y compris SS)
		par verre complexe ****	€ ; % BR => minima TM max 300 € (y compris SS)	€ ; % BR => minima TM max 300 € (y compris SS)	€ ; % BR => minima TM max 300 € (y compris SS)
		par verre très complexe ****	€ ; % BR => minima TM max 350 € (y compris SS)	€ ; % BR => minima TM max 350 € (y compris SS)	€ ; % BR => minima TM max 350 € (y compris SS)
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est > 16 ans****	100 €	100 €	100 €
		par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans****	80 €	100 €	100 €
	Lentilles				
		Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (8)	100 €	150 €	200 €
		Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire (8)	100 €	150 €	200 €
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Jusqu'au 31/12/2020 :				
	À compter du 01/01/2021 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	150% BR	200% BR	250% BR
	Équipement 100 % Santé** (classe I****)	Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II****)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)	sans reste à payer (7)
		Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	107% BR	114% BR	120% BR
		Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	150% BR	200% BR	250% BR
	Accessoires et fournitures		100% BR	100% BR	100% BR
	Honoraires médicaux				
	Consultation / visite / consultation en ligne				
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	120% BR	150% BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR	130% BR
	chez un généraliste	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR	100% BR	130% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR	200% BR	250% BR
		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	180% BR	200% BR
	chez un spécialiste	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100% BR	180% BR	200% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR	120% BR	150% BR
	Actes techniques médicaux	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR	130% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR	130% BR
	Actes d'imagerie médicale	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR	100% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	120% BR	150% BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires paramédicaux		100% BR	150% BR	200% BR
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR	100% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% BR	100% BR	100% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (4)	100% BR	100% BR	100% BR
	Cures thermales	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	100% BR	100% BR	100% BR
		Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100% BR	150 €	200 €
	Médicaments				
		Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINE ADDITIONNELLE ET DE PRÉVENTION		Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et automédication sans prescription médicale - par an et par bénéficiaire	Néant	20 €	40 €
		Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	15 €	20 €	30 €
	Médecine additionnelle et de prévention				
	Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel	Ostéopathe - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 3 séances par an	15 €	20 €	30 €
	Non remboursée par la Sécurité sociale				
	Prestations de prévention	Prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR

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 1^{er} janvier 2019 : 3 377 €).

(*) 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 maximums fixés.

(***) Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les conditions générales.

(****) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20 après correction.

(*****) Y compris le remboursement de la sécurité sociale.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(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) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

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

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales.

(8) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la

sécurité sociale. En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

Article 2 | *Durée de l'accord. Révision. Dénonciation*

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 3 | *Entrée en vigueur*

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020, il est également convenu de solliciter son extension.

Article 4 | *Notification. Dépôt. Extension*

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 19 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)