

**Avenant du 27 novembre 2019**

à l'accord du 17 décembre 2015  
relatif à la création d'un régime de santé et de prévoyance

NOR : ASET2050778M

IDCC : 1922

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

**SIRTI ;**

**CNRA ;**

**SNRC ;**

**SNRL,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**SNRT CGT ;**

**F3C CFDT ;**

**FO MEDIAS,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

La réforme dite « 100 % santé » instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 qui vise à une meilleure prise en charge des frais dentaires et d'optique ainsi que des aides auditives, modifie le contenu des contrats de complémentaire santé dits « responsables ».

Le régime « frais de soins de santé » instauré par l'accord du 17 décembre 2015 au profit des salariés des entreprises de Radiodiffusion a été conçu en vue notamment de répondre au cahier des charges du contrat responsable prévu aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les parties à cet accord se sont donc réunies afin de rendre les garanties du régime de frais de soins de santé conformes au nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Pour ce faire, les parties signataires ont décidé de réviser les termes de l'accord du 17 décembre 2015 relatif à la création d'un régime de santé et de prévoyance de la manière suivante :

## Article 1<sup>er</sup> | **Objet : modification des tableaux de garanties de frais de soins de santé**

Les tableaux de garanties figurant à l'article 6 intitulé « Garanties de frais de soins de santé » sont remplacés par les tableaux suivants :

<b>Les remboursements sont limités aux frais engagés. Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale</b> sauf pour les lentilles correctrices et la cure thermale. Les prestations sont exprimées en base de remboursement Sécurité sociale (BR) ou en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Ils interviennent dans la limite des plafonds de prise en charge définis par la réglementation <b>des contrats responsables et du dispositif du 100% Santé</b> : pour le dentaire, dans la limite des <b>Honoraires Limites de Facturation (HLF)</b> et, pour l'optique et les aides auditives, dans la limite des <b>Prix Limites de Vente (PLV)</b> .		<b>Socle conventionnel</b>
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultations et visites de généralistes (hors hospitalisation) - <i>Médecin ayant adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		100%
Consultations et visites de généralistes (hors hospitalisation) - <i>Médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		100%
Consultations et visites spécialistes (hors hospitalisation) - <i>Médecin ayant adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		150%
Consultations et visites spécialistes (hors hospitalisation) - <i>Médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		130%
Actes techniques - <i>Médecin ayant adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		150%
Actes techniques <i>Médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		130%
Actes d'imagerie médicale - <i>Médecin ayant adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		150%
Actes d'imagerie médicale - <i>Médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		130%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		100%
<b>Honoraires paramédicaux</b> : actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, ...)		100%
<b>Transport</b> (hors hospitalisation et cure thermale)		100%
<b>Matériel médical</b> : produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale <i>hors aides auditives et prothèses dentaires</i>		125%
<b>Médicaments</b> (y compris vaccins)		100%
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs ou de prévention <i>à l'exclusion des Inlays-Onlays</i>		100%
Inlays-Onlays		150%
Actes techniques		130%
<b>Prothèses dentaires 100% Santé</b> telles que définies réglementairement à l'article R. 871-2, 5° du Code de la Sécurité sociale		100% des HLF
<b>Prothèses dentaires hors 100% Santé</b> telles que définies réglementairement à l'article R. 871-2, 5° du Code de la Sécurité sociale		
Prothèses à <b>tarifs maîtrisés</b>		150% dans la limite des HLF
Prothèses à <b>tarifs libres</b>		150%
<b>Orthodontie</b>		150%
<b>Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale</b> ( <i>sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire</i> )		
<b>Prothèses dentaires</b> (par prothèse)		161,25 €
<b>Orthodontie</b> adulte et enfant		290,25 € <sup>(1)</sup>
<b>Implantologie</b> dentaire (chirurgie et confection implantaire) et parodontologie <sup>(2)</sup>		200,00 €

\* Dispositif de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévu par la Convention nationale médicale signée le 25 août 2016

(1) forfait par semestre

(2) par an et par bénéficiaire

(3) après épuisement du forfait, pour les lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale, participation égale à 100% de la BR (remboursement Sécurité sociale inclus)

(4) dans la limite de 1 700 € (prestations Sécurité sociale incluses) par aide auditive

(5) limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire

<b>Les remboursements sont limités aux frais engagés. Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale</b> sauf pour les lentilles correctrices et la cure thermique. Les prestations sont exprimées en base de remboursement Sécurité sociale (BR) ou en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Ils interviennent dans la limite des plafonds de prise en charge définis par la réglementation <b>des contrats responsables et du dispositif du 100% Santé</b> : pour le dentaire, dans la limite des <b>Honoraires Limites de Facturation (HLF)</b> et, pour l'optique et les aides auditives, dans la limite des <b>Prix Limites de Vente (PLV)</b> .		Socle conventionnel
<b>Hospitalisation (y compris frais d'accouchement)</b>		
<b>Honoraires</b>		
Consultations et actes techniques - <i>Médecin ayant adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		125%
Consultations et actes techniques - <i>Médecin n'ayant pas adhéré au DPTAM ou DPTAM-CO *</i>		105%
<b>Frais de séjour</b>		125%
<b>Forfait journalier hospitalier</b> non remboursé par la Sécurité sociale (sans limitation de durée et par jour) à l'exclusion des établissements médico-sociaux		100% des frais réels
<b>Transport</b>		100%
<b>Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)</b>		
Chambre particulière (sans limitation de durée et par jour, avec ou sans nuitée)		50,65 € (1,5% du PMSS)
Lit accompagnant enfant moins de 12 ans (sans limitation de durée et par jour)		33,77 € (1% du PMSS)
<b>Aides auditives</b>		
<b>Délais de renouvellement</b> Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'Institution rembourse <b>une aide auditive par oreille tous les 48 mois</b> à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacun des équipements. <b>Les dispositifs de classe I ou de classe II sont définis au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.</b>		
<b>Equipements (jusqu'au 31 décembre 2020)</b>		
Equipement : aide auditive classe I ou II		125%
<b>Equipements (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021) tels que définis réglementairement notamment à l'article R. 871-2, 4° du Code de la Sécurité sociale</b>		
<b>Equipement 100% Santé</b> : aide auditive classe I		100% du PLV
<b>Equipement hors 100% Santé</b> : aide auditive classe II <sup>(4)</sup>		125%
<b>Consommables, piles et accessoires</b>		125%
<b>Cure médicale</b>		
Cure thermique (traitement thermal, hébergement et transport)		100%
<b>Autres prestations</b>		
<b>Forfait actes lourds</b> non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale		100% des frais réels
<b>Frais de parentalité</b> : allocation forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption		135 € / par enfant (4% du PMSS)
<b>Médecine douce</b> : acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, diététicien, psychologue. (actes non remboursés par la Sécurité sociale)		33,77 € / séance <sup>(5)</sup> (1% du PMSS)
<b>Services</b>		
Action sociale		OUI
Audiens assistance quotidienne à domicile 7 jours / 7 et 24 heures / 24		OUI

\* Dispositif de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) prévu par la Convention nationale médicale signée le 25 août 2016

(1) forfait par semestre

(2) par an et par bénéficiaire

(3) après épuisement du forfait, pour les lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale, participation égale à 100% de la BR (remboursement Sécurité sociale inclus)

(4) dans la limite de 1 700 € (prestations Sécurité sociale incluses) par aide auditive

(5) limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire

Les autres dispositions de l'accord du 17 décembre 2015 relatif à la création d'un régime de santé et de prévoyance, demeurent inchangées.

## Article 2 | Date d'effet. Durée. Dépôt

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

À compter de cette date, l'accord du 17 décembre 2015 relatif à la création d'un régime de santé et de prévoyance sera donc modifié comme défini ci-dessus.

Le présent avenant sera déposé en deux exemplaires (une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre

chargé du travail, dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

*Fait à Paris, le 27 novembre 2019.*

(Suivent les signatures.)