

Brochure n° 3613 | Convention collective nationale

IDCC : 7017 | **PERSONNEL DES PARCS ET JARDINS ZOOLOGIQUES PRIVÉS**

Avenant n° 3 du 27 octobre 2020

NOR : AGRS2197040M

IDCC : 7017

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

Association française des parcs zoologiques AFdPZ,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

Syndicat national des cadres d'entreprises agricoles SNCEA CFE-CGC ;

Fédération nationale agroalimentaire et forestière FNAF CGT ;

Fédération générale agroalimentaire FGA CFDT ;

Fédération CFTC de l'agriculture CFTC-Agri ;

Fédération générale des travailleurs de l'agriculture, de l'alimentation et des secteurs connexes FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

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 du tableau des garanties santé.

Par ailleurs, en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent avenant ne comporte pas de stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. En effet, les entreprises de la branche sont majoritairement constituées par des effectifs de moins de 50 salariés. Aussi, les dispositions du présent accord s'appliquent à toutes les entreprises de la branche, y compris les TPE de moins de 50 salariés, et ce afin de ne pas remettre en cause le régime social et fiscal de faveur attaché au présent régime.

Le présent avenant intègre ces dispositions dans les tableaux des garanties frais de santé.

Article 1^{er} | **Garanties**

Le paragraphe 2 de l'article 5 de l'accord collectif du 3 juin 2014 est annulé et remplacé par :

« Les prestations du présent contrat 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 médical 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 audiology et respect des règles sur les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) 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. »

Les tableaux de garanties en annexe 1 de l'accord collectif du 3 juin 2014 sont supprimés et substitués par le tableau suivant :

Nature des frais	Remboursement du régime de base (en % de la BR)		Garanties cumulées (régime de base et socle inclus)		
	Hors Alsace Moselle	Alsace Moselle	SOCLE	OPTION 1 (socle inclus)	OPTION 2 (socle inclus)
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (y compris acte technique et téléconsultation)					
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % FR	100 % FR
Analyses, examens de laboratoire					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	100 % BR	300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	60 % ou 100 % BR	90 % ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	300 % BR	400 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de prévention ⁽³⁾	de 35% à 70% BR	de 35% à 90 % BR	100 % BR	100 % FR	100 % FR
Honoraires de médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie, psychomotricité non remboursée, diététicien (par an et par bénéficiaire)	-	-	-	4 séances x 25€	4 séances x 65€
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	15 % BR	100 % BR	100 % BR
- Pharmacie prescrite non remboursée par le régime de base (sevrage tabagique, homéopathie, contraception)	-	-	-	-	80€/an
- Vaccins non remboursés par le régime de base (sur prescription)	-	-	-	40€/an	265€/an
Matériel médical					
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	90 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Grand appareillage	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	500 % BR
- Petits appareillages, orthopédie, prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)	60 % BR	90 % BR	100 % BR	450 % BR	500 % BR

HOSPITALISATION					
Frais de séjour	80% ou 100% BR	100 % BR	100 % BR	300 % BR	500 % BR
Honoraires					
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	100 % BR	100 % BR	500 % BR	600 % BR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	80% ou 100% BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds ⁽⁴⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier hospitalier ⁽⁵⁾	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière y compris ambulatoire (par jour/bénéficiaire) ⁽⁶⁾	-	-	-	60 € /jour	100 € /jour
Frais d'accompagnement pour enfant de moins de 16 ans (par jour /bénéficiaire)	-	-	-	30 € /jour	100 € /jour
Prime de naissance ou d'adoption (doublé si naissance multiple) sur présentation de justificatifs	-	-	-	400 €	660 €
OPTIQUE					
Monture et verres : expression des garanties par équipement					
Equipement : monture + 2 verres	1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽⁷⁾ Maximum : 100€ pour la monture de classe B et 30€ pour la monture de classe A				
Equipement 100% Santé (classe A) ⁽⁸⁾					
Monture + 2 verres	60 % BR	90 % BR	FR	FR	FR
Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100% Santé	60 % BR	90 % BR	FR	FR	FR
Autres équipements					
- Monture classe B + 2 verres classe A ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	Monture : 100 € Verres : FR	Monture : 100 € Verres : FR	Monture : 100 € Verres : FR
- Monture + 2 verres simples classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	200 €	420 €	420 €
- Monture + 1 verre simple classe B et 1 verre complexe classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	200 €	520 €	560 €
- Monture + 2 verres complexes classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	200 €	550 €	700 €
- Monture + 1 verre simple classe B et 1 verre très complexe classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	200 €	520 €	610 €
- Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe classe B ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	200 €	550 €	750 €
- Monture + 2 verres très complexes ⁽⁹⁾	60 % BR	90 % BR	200 €	550 €	800 €
Prestations d'adaptation de la prescription pour des verres de classe B ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	FR	FR	FR
Supplément pour verre avec filtre ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	FR	FR	FR
Lentilles remboursées ou non par le régime de base (par bénéficiaire/an)	60 % ou 0% BR	90 % ou 0 % BR	100 % BR	100 % BR + forfait de 200€/an	100 % BR + forfait de 400€/an
Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil (par œil)	-	-	-	400€/œil	830€/œil
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé ^{(8) (10)}	70 % BR	90 % BR	FR	FR	FR
Soins (hors 100% Santé)	70 % BR	90 % BR	100 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlay Onlay (hors 100% Santé) ⁽¹¹⁾	70 % BR	90 % BR	100 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses (hors 100% Santé)					
- Prothèses dentaires à honoraires maîtrisés ⁽¹¹⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	350 % BR	450 % BR
- Prothèses dentaires à honoraires libres ⁽¹¹⁾	70 % BR	90 % BR	125 % BR	350 % BR	450 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	-	-	100 €	200 €
Orthodontie remboursée par le régime de base (enfant de -16 ans)	70% ou 100% BR	90% ou 100% BR	125 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	-	-	200 €	700 €
Implantologie (hors couronne implanto-portée) /parodontologie	-	-		100 €	400 €
Forfait dentisterie esthétique (vernis, blanchiment, curetage, surfaçage)	-	-	-	-	80 €

AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾					
Equipement 100% Santé (classe I) à compter du 1 ^{er} janvier 2020 ⁽⁸⁾	60 % BR	90 % BR	FR	FR	FR
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	100 % BR/oreille	1700€ /oreille	1700€ /oreille
Aides auditives classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	90 % BR	100 % BR/oreille	1700€ /oreille	1700€ /oreille
Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	-	-	300€/an	400€/an
CURES THERMALES					
Frais remboursés par le régime de base : honoraires médicaux ⁽¹⁾ , transport, hébergement, surveillance	65% ou 70% BR	65% ou 90% BR	65 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait thermal complémentaire	-	-	-	-	530€/an
DIVERS					
Transports remboursés par le régime de base	65% ou 100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Dépistage hépatite B		-	-	-	300 % BR
Détartrage sus ou sous gingival effectué en 2 séances maxi		-	-	-	300 % BR
Test de dépistage des virus impliqués dans le cancer du col de l'utérus non pris en charge par le régime de base dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans		-	-	-	300 % BR

BR : base de remboursement ; FR : frais réels

(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. Les actes techniques réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes sauf si le tableau de garanties prévoit un remboursement différent.

(2) Les actes réalisés par des médecins sont remboursés comme des honoraires de médecins spécialistes. Se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(3) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (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).

(4) 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).

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

(6) Chambre particulière : limitée à 90 jours/an/bénéficiaire pour toute hospitalisation en soins de suite et de réadaptation et psychiatrie si aucune limite n'est prévue au tableau de garanties.

(7) 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.

(8) 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 fixes par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(9) **Verres Classe B** : Ensemble des verres appartenant à une autre classe que celles à prise en charge renforcée (dit Equipements 100 % Santé), quelle que soit la nature du verre (unifocal, multifocal, progressif, sphérique ou sphéro-cylindrique) et la correction.

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 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.

(10) 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.

(11) 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.

(12) A 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 1 700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

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 2 | Entrée en vigueur

Les dispositions arrêtées au présent avenant ont pris effet le 1^{er} janvier 2020.

Article 3 | Dépôt et extension

Le présent avenant est déposé conformément aux dispositions légales et son extension est demandée.

Fait à Paris, le 27 octobre 2020.

(Suivent les signatures.)