

Convention collective nationale

IDCC : **3105 | RÉGIES DE QUARTIER**
(2 avril 2012)

Avenant du 10 janvier 2020

relatif à la modification de l'annexe IV

« Régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé »

NOR : ASET2350356M

IDCC : 3105

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

SERQ,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT FNCB,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant a pour objet la mise en œuvre de la lisibilité des garanties et la mise en conformité des garanties du régime frais de santé avec la nouvelle réglementation en vigueur, à savoir, le nouveau cahier des charges du contrat responsable (art. R. 871-2 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019) dans le cadre de la réforme dite du « 100 % santé ».

Article 1^{er} | Mise en conformité du régime frais de santé avec la réforme dite du « 100 % santé » et lisibilité des garanties

Afin de prendre en compte les évolutions légales et réglementaires, le tableau des garanties frais de santé de l'annexe IV à la CCN des régies de quartiers et de territoire est remplacé par le tableau des garanties présenté ci-après.

Les garanties présentées entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

CCAM : Classification commune des actes médicaux.

DPTM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO.

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée.

OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée – Chirurgie-obstétrique.

€ : Euro.

FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

PMSS : Plafond mensuel de la sécurité sociale.

RSS : Remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.

| HOSPITALISATION | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|
| NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE | | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
| | | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Frais de séjour | | 500% BR | |
| Forfait journalier hospitalier | | 100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur | |
| Honoraires : | | | |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires | Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : | 170% BR 150% BR | |
| Chambre particulière | | 50 € par jour | |
| Frais d'accompagnement : | | | |
| Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif) | | 20 € par jour | |

| TRANSPORT | |
|------------------------|-------------------------|
| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION |
| Transport remboursé SS | 100% BR |

| SOINS COURANTS | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|
| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Honoraires médicaux : | | |
| ► remboursés SS | | |
| Généralistes (Consultations et visites) | Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : | 170% BR 150% BR |
| Spécialistes (Consultations et visites) | Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : | 170% BR 150% BR |
| Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM) | Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : | 170% BR 150% BR |
| Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE) | Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM : | 170% BR 150% BR |
| ► non remboursés SS | | |
| Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS) | Crédit de 60 € par année civile | |
| Honoraires paramédicaux | | |
| Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS) | 150% BR | |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS | 150% BR | |
| Médicaments : | | |
| ► remboursés SS | 100% BR | |
| ► non remboursés SS | | |
| Contraception | Crédit de 30 € par année civile | |
| Pharmacie (hors médicaments) : | | |
| ► remboursée SS | 100% BR | |
| Matériel médical | | |
| Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) | 100% BR | |
| Actes de prévention remboursés SS | | |
| Actes de prévention définis par la réglementation | 100% BR | |

| AIDES AUDITIVES | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| JUSQU'AU 31.12.2020 : | | |
| Aides auditives remboursées SS : | | |
| Aides auditives | 200% BR | |
| Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*) | 100% BR | |
| A COMPTER DU 01.01.2021 : | | |
| Equipements 100 % Santé (**) : | | |
| Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire | RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (**) | |
| Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) | | |
| Equipements libres (****) : | | |
| Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire | 200% BR (****) | |
| Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction) | 120% BR (****) | |
| Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*) | 100% BR | |

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(***) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(****) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700€ RSS inclus au 01.01.2021).

| DENTAIRE | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Soins et prothèses 100 % Santé (*) | | |
| Inlay core | RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF | |
| Autres soins prothétiques et prothèses dentaires | | |
| Prothèses | | |
| ► Panier maîtrisé (**) | | |
| Inlay, onlay | 100% BR dans la limite des HLF | |
| Inlay core | 200% BR dans la limite des HLF | |
| Autres soins prothétiques et prothèses dentaires | 200% BR dans la limite des HLF | |
| ► Panier libre (***) | | |
| Inlay, onlay | 100% BR | |
| Inlay core | 200% BR | |
| Autres soins prothétiques et prothèses dentaires | 200% BR | |
| Soins | | |
| Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention | 100% BR | |
| Autres actes dentaires remboursés SS | | |
| Orthodontie remboursée SS | 300% BR | |
| Actes dentaires non remboursés SS | | |
| Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS | Crédit de 250 € par année civile | |
| Parodontologie | Crédit de 150 € par année civile | |
| Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...) | Crédit de 250 € par année civile | |
| Orthodontie jusqu'aux 18 ans du bénéficiaire | 387 € par semestre | |

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

| OPTIQUE | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| NATURE DES FRAIS | NIVEAUX D'INDEMNISATION | |
| | CONVENTIONNE | NON CONVENTIONNE |
| Equipements 100 % Santé (*) : | | |
| Monture de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**) | RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV | |
| Monture de classe A : Enfant - de 16 ans (**) | | |
| Verres de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**) | | |
| Verres de classe A : Enfant - de 16 ans (**) | | |
| Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux) | RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV | |
| Supplément pour verres avec filtres de classe A | RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV | |
| Equipements libres (***) : | | |
| Monture de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**) | 90 € | |
| Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (**) | 40 € | |
| Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**) | Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres | |
| Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**) | | |
| Supplément pour verres avec filtres de classe B | 100% BR dans la limite des PLV | |
| Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B | | |
| Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement, par l'opticien-lunetier, d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B | 100% BR dans la limite des PLV | |
| Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphotos / verres iséiconiques) | 100% BR | |
| Autres dispositifs médicaux d'optique | | |
| Lentilles acceptées par la SS | 100% BR + Crédit de 100 € par année civile | |
| Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables) | Crédit de 100 € par année civile | |
| Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) | Crédit de 400 € par année civile | |

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(***) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Grille optique « verres de classe B »

| VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS | Avec/Sans Cylindre | SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL | Montant en € par verre (RSS inclus) | |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------|
| | | | Adulte et enfant de 16 ans et + | Enfant - 16 ans |
| UNIFOCALUX | Sphériques | SPH de - 6 à + 6 (*) | 50 € | 30 € |
| | | SPH < - 6 ou > + 6 | 55 € | 80 € |
| | Sphéro cylindriques | SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4 | 50 € | 30 € |
| | | SPH > 0 et S ≤ + 6 | 50 € | 30 € |
| | | SPH > 0 et S > + 6 | 55 € | 80 € |
| | | SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25 | 55 € | 80 € |
| | | SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4 | 55 € | 80 € |
| PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX | Sphériques | SPH de - 4 à + 4 | 90 € | 80 € |
| | | SPH < - 4 ou > + 4 | 90 € | 80 € |
| | Sphéro cylindriques | SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4 | 90 € | 80 € |
| | | SPH > 0 et S ≤ + 8 | 90 € | 80 € |
| | | SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4 | 90 € | 80 € |
| | | SPH > 0 et S > + 8 | 90 € | 80 € |
| | | SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25 | 90 € | 80 € |

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

Article 2 | Date d'effet, durée et dépôt de l'avenant

Le présent accord est conclu à effet du 1^{er} janvier 2020. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année suivante.

Il est ainsi convenu que le présent accord sera déposé par la partie la plus diligente, conformément à l'article L. 2231-6 du code du travail.

Article 3 | Révision et dénonciation de l'avenant

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision, sous réserve du respect de l'article L. 2261-7 du code du travail, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve qu'une demande motivée soit transmise à chacune des parties signataires.

L'accord pourra également être dénoncé par l'une des parties signataires, moyennant le respect d'un préavis de 6 mois.

Les modalités de dénonciation sont fixées par les articles L. 2261-10 et suivants du code du travail. Toutefois, les nouvelles négociations devront être engagées dans le mois de la signification de la dénonciation.

Fait à Paris, le 10 janvier 2020.

(Suivent les signatures.)