Brochure n° 3292 | Convention collective nationale

IDCC : **1979** | **HÔTELS, CAFÉS, RESTAURANTS**

Avenant n° 10 du 4 mars 2026

à l'accord du 6 octobre 2010
relatif à la mise en place d'un régime professionnel de frais de santé

NOR : *ASET2650845M*
IDCC : *1979*

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

GNC ;
UMIH ;
GHR,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FS CFDT ;
INOVA CFE-CGC ;
FCDS CGT ;
FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025, pris pour l'application des articles L. 165-1 et suivants du code de la sécurité sociale, renforce la prise en charge de certains dispositifs médicaux. Il modifie le panier du « 100 % Santé » et par conséquent le cahier des charges des contrats responsables.

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le tableau de garanties conventionnelles du régime frais de santé de la branche HCR, afin de répondre aux nouvelles obligations de prise en charge, applicables au 1er janvier 2026.

Par cet avenant, les partenaires sociaux se montrent soucieux du strict respect des critères du contrat responsable pour le régime frais de santé applicables à l'ensemble des salariés de la branche.

Le présent avenant annule et remplace le tableau de garanties déterminé par l'avenant n° 9 à l'accord du 6 octobre 2010, en date du 15 novembre 2019. Les autres dispositions de l'accord susvisé restent inchangées.

Article 1er | *Champ d'application*

Le présent avenant concerne l'ensemble des salariés, dont les salariés embauchés sous contrat de formation en alternance, des entreprises relevant du champ d'application de la convention collective nationale des hôtels, cafés et restaurants en date du 30 avril 1997.

Les entreprises visées par le champ d'application sont généralement répertoriées aux codes NAF suivants : 55.10Z, 56.10A, 56.10B, 56.30Z, 56.21Z, 93.11Z (bowlings).

Sont exclus les établissements de chaînes relevant principalement du code NAF 56.10B et dont l'activité principale consiste à préparer, à vendre à tous types de clientèle, des aliments et boissons variés présentés en libre-service, que le client dispose sur un plateau et paye avant consommation, étant précisé qu'une chaîne est au minimum composée de trois établissements ayant une enseigne commerciale identique.

Article 2 | *Nature et montant des prestations des garanties conventionnelles obligatoires*

À compter du 1er janvier 2026, le tableau des prestations du régime frais de santé HCR est le suivant :

Les remboursements indiqués s'entendent :
– sous déduction du remboursement de la sécurité sociale pour les garanties optiques ;
– en complément du remboursement de la sécurité sociale pour les autres garanties ;
– dans la limite des frais engagés dans tous les cas.

Glossaire pour vous accompagner dans la lecture des tableaux de garanties

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale

SS = Sécurité sociale

FR = Frais réels : Montant réel des dépenses engagées

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)

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale : Montant en euros qui sert de référence pour le calcul des prestations et qui évolue chaque année.

FPU = Forfait Patient Urgences : Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entrainant pas d'hospitalisation

Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie, 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-ACO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

100 % Santé : Tel que défini réglementairement, dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives, prothèses dentaires, prothèses capillaires et forfait de location de courte durée et de mise à disposition d'un fauteuil roulant, définies règlementairement 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.

HLF = Honoraires Limite de Facturation : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné dans le cadre du panier « 100 % Santé » et du panier « modéré ».

PLV = Prix Limite de Vente :
Prix maximum de vente à l'assuré social d'un dispositif médical. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.
Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et le forfait de location de courte durée et de mise à disposition d'un fauteuil roulant dans le cadre du panier "100% Santé" ont des prix limites de vente (PLV) que les professionnels s'engagent
à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

SMUR = Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation.

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 règlementation en vigueur à la date des soins, 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 règlementation.

	SOCLE CONVENTIONNEL
HOSPITALISATION en établissement conventionné ou non	
Frais de séjour	110 % BRSS
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation
Forfait journalier hospitalier	100 % FR
Forfait patient urgences (FPU)	100 % du forfait
Frais et honoraires chirurgicaux	
Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 230 % BRSS
Praticiens non-signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 100 % BRSS
Chambre particulière non remboursée SS (hors maternité)	
Chambre particulière de nuit (forfait / jour / bénéficiaire)	50 €
Chambre particulière de jour (CPA) (forfait / jour / bénéficiaire)	50 €
Lit d'accompagnant non remboursé SS	
Frais de lit d'accompagnant (forfait / jour / bénéficiaire)	15 €
Maternité	
Chambre particulière (forfait / jour / bénéficiaire) (8 jours maximum)	1,5 % PMSS
Allocation de naissance ou adoption (forfait / enfant)	8 % PMSS

DENTAIRE	
Soins et prothèses 100 % Santé (dans la limite des HLF)	Prise en charge intégrale
Soins et prothèses autres que 100 % Santé (dans la limite des HLF)	
Soins dentaires	TM
Inlay, Onlay remboursé SS :	
• Panier maitrisé (1)	200 % BRSS
• Panier libre (2)	200 % BRSS
Prothèse dentaire remboursée SS (y compris prothèse sur implant) :	
• Panier maitrisé (1)	300 % BRSS
• Panier libre (2)	300 % BRSS
Prothèse dentaire non remboursée SS (forfait / prothèse)	322,50 €
Orthodontie (3)	
Orthodontie remboursée SS	166 % BRSS
Orthodontie non remboursée SS pour bénéficiaire de moins de 25 ans (forfait / semestre / bénéficiaire)	193,50 €
Implantologie	
Implant dentaire (hors prothèse dentaire) (forfait / an / bénéficiaire)	300 €

AIDE AUDITIVE **Renouvellement par appareil tous les 4 ans**	
Équipement 100 % Santé (Classe I) (dans la limite des PLV)	Prise en charge intégrale
Équipement autre que 100 % Santé (Classe II)	
Limité à 1700€ TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Aides auditives (forfait / oreille)	400 € + 65 % BRSS (Minimum TM)
Accessoires et fournitures	100 % BRSS

SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste :	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 20 % BRSS
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste :	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 20 % BRSS
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM
Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique :	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM + 20 % BRSS
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation
Imagerie médicale, radiologie, échographie :	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques à visée thérapeutique remboursés SS	TM
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (ex : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes…)	TM
Analyses médicales	TM
Matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations (hors aide auditive et optique)	
Equipement 100 % santé (dans la limite des PLV) :	
• Prothèses capillaires de Classe II	Prise en charge intégrale
• Fauteuils roulants : Forfait de location de courte durée et de mise à disposition	Prise en charge intégrale
Equipement autre que 100 % santé :	
• Prothèses capillaires de Classe I	TM
• Prothèses capillaires de Classe III (dans la limite des PLV) et de Classe IV	100 % BRSS
• Autres prothèses médicales remboursées SS	65 % BRSS
• Petit appareillage remboursé SS	100 % BRSS
Médicaments	
Médicaments remboursés SS à 65 %	TM
Médicaments remboursés SS à 30 %	TM
Médicaments remboursés SS à 15 %	TM

SOINS COURANTS	
Vaccin prescrit et non remboursé SS (forfait / an / bénéficiaire)	-
Tout moyen de contraception sur prescription médicale non remboursé SS (forfait / an / bénéficiaire)	3 % PMSS
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS) (forfait / an / bénéficiaire)	80 €
Honoraires de dispensation du pharmacien	TM
Cure thermale remboursée SS	TM
Frais de transport sanitaire remboursé SS	
Ambulance, taxi conventionné – hors SMUR	TM
Médecine additionnelle et de prévention non remboursée SS sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel -	
Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, podologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe (forfait / an / bénéficiaire)	300 €
Honoraires de psychologue (4)	
Consultation / visite / consultation en ligne de psychologue remboursée par la SS (Dispositif « Mon soutien Psy »)	TM
Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr) (minimum TM)	Pris en charge

OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) Renouvellement par équipement tous les 2 ans à compter du 16ème anniversaire (hors situation médicale particulière) (5)	
Équipement 100 % Santé (Classe A) (dans la limite des PLV) y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	Prise en charge intégrale
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)	
Par verre unifocal quel que soit le cylindre :	
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0	160 €
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25	160 €
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25	222 €
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25	277 €
Par verre multifocal quel que soit le cylindre :	
• Sphère de 0 à 4 et de - 4 à 0,	250 €
• Sphère de 4,25 à 6 et de - 6 à - 4,25	288 €
• Sphère de 6,25 à 8 et de - 8 à - 6,25	300 €
• Sphère au-delà de 8,25 et - 8,25	311 €
Monture	100 €
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien	100 % BRSS
Lentilles	
Lentilles correctrices prescrites remboursées SS (y compris jetables) (forfait / an / bénéficiaire)	273,70 € (minimum TM)
Lentilles correctrices prescrites non remboursées SS (y compris jetables) (forfait / an / bénéficiaire)	250 €

(1) Prothèses dentaires à tarifs modérés, remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.
(2) Prothèses dentaires à tarifs libres, remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement.
(3) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
(4) Séances d'accompagnement par un psychologue conventionné, dans le cadre du dispositif **« Mon soutien psy »** remboursées par année civile. Pour prendre rendez-vous avec un psychologue partenaire, vous pouvez consulter l'annuaire en ligne sur monsoutienpsy.ameli.fr.
(5) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).

Article 3 | *Dispositions particulières aux entreprises de moins de 50 salariés*

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir de stipulations spécifiques aux entreprises de moins de cinquante salariés, telles que visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

En conséquence, les dispositions du présent avenant s'appliquent indifféremment à l'ensemble des entreprises dans le champ d'application défini à l'article 1er, que leur effectif soit inférieur, égal ou supérieur à 50 salariés.

Article 4 | *Durée. Entrée en vigueur. Dépôt*

Le présent avenant est à durée indéterminée.

Il entre rétroactivement à la date du 1er janvier 2026.

Le présent accord fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail.

Article 5 | *Révision et modification*

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Fait à Paris, le 4 mars 2026.

(Suivent les signatures.)