



Avenant n° 5 du 13 octobre 2017 à l'accord du 6 octobre 2010 relatif aux frais de santé

Etendu par arrêté du 15 février 2018 JORF 21 février 2018

IDCC

- > 1979

SIGNATAIRES

- > Fait à :
Fait à Paris, le 13 octobre 2017. (Suivent les signatures.)
- > Organisations d'employeurs :
FAGIHT-GNI GNC UMIH SYNHORCAT-GNI
- > Organisations syndicales des salariés :
FGTA FO FS CFDT INOVA CFE-CGC

CONDITION DE VIGUEUR

- > Le présent avenant ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2232-10-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

NUMÉRO DU BO

- > 2017-49

LISTE DES CONVENTIONS AUXQUELLES CE TEXTE EST RATTACHÉ

- > [Convention collective nationale des hôtels, cafés restaurants \(HCR\) du 30 avril 1997](#)

Préambule

Article

En vigueur étendu

Le présent avenant à l'accord du 6 octobre 2010 a pour objet :

- d'améliorer le niveau de prise en charge du poste « médecine douce » ;
- de prendre en compte l'adaptation des obligations du « contrat responsable » (loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016) faisant référence à la notion générique de « dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ». Ce dispositif recouvre depuis le 1er janvier 2017 :
 - le contrat d'accès aux soins, qui a cessé d'être proposé aux médecins mais dont les effets peuvent subsister jusqu'au 31 décembre 2019 ;
 - l'OPTAM et l'OPTAM-CO, options tarifaires maîtrisées proposées depuis cette date (CO pour chirurgie et obstétrique).

Pour mémoire, le caractère responsable du régime de complémentaire santé est subordonné à ce que la prise en charge des dépassements d'honoraires le cas échéant prévus, soit différenciée selon que le médecin adhère ou non à un tel dispositif.

Il a en conséquence été décidé ce qui suit :

Article 1er

En vigueur étendu

Tableau de prestations au 1er janvier 2018

À compter du 1er janvier 2018, le poste « médecine douce » est amélioré :

- ajout des spécialités suivantes : acupuncture et pédicurie-podologie (non remboursée par la sécurité sociale) ;
- augmentation du forfait annuel par bénéficiaire, qui passe de 100 € à 300 €.

Le tableau des prestations figurant à l'article 10 de l'accord du 6 octobre 2010 est annulé et remplacé par le tableau ci-après (tableau + légende).

Nature des garanties	Montant des remboursements au 1er janvier 2018
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	

Frais et honoraires chirurgicaux		
- praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 230 % BRSS	
- praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 100 % BRSS	
Frais de séjour	110 % BRSS	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels, sans limitation de durée	
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	
Chambre particulière	50 € par jour	
Frais de lit d'accompagnant	15 € par jour	
Médecine courante		
Consultations, visites de généralistes et spécialistes		
- praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 20 % BRSS	
- praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Actes de chirurgie, actes techniques médicaux		
- praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 20 % BRSS	
- praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Analyses médicales		
Imagerie médicale, radiologie, échographie		
- praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
- praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur	
Auxiliaires médicaux		
Prothèses remboursées par la sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65 % BRSS	
Prothèses auditives remboursées par la sécurité sociale	400 € par oreille (maxi 2 par an) + 65 % BRSS	
Petit appareillage remboursé par la sécurité sociale	100 % BRSS	
Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, acupuncture, pédicurie-podologie, non remboursé par la sécurité sociale	300 € par an et par bénéficiaire	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	Ticket modérateur	
Dentaire		
Soins dentaires		
Inlays, onlays remboursés par la sécurité sociale	200 % BRSS	
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	240 % BRSS	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	240 % BRSS (1)	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	166 % BRSS	
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	100 % BRSS (2)	
Optique	Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)
Forfait par verre (3)		
- de 0 à 4	160 €	250 €
- de 4,25 à 6	185 €	288 €

- de 6,25 à 8	222 €	300 €
- à partir de 8,25	277 €	311 €
Monture (3)	100 €	
Lentilles correctrices remboursées (y compris jetables)	126 € par an et par bénéficiaire (minimum ticket modérateur)	
Lentilles correctrices non remboursées (y compris jetables)	126 € par an et par bénéficiaire	
Cures thermales remboursées par la sécurité sociale	Ticket modérateur	
Maternité		
Allocation naissance ou adoption	8 % PMSS par enfant	
Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS par jour	
Autres remboursements		
Transport remboursé par la sécurité sociale	Ticket modérateur	
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la sécurité sociale	3 % PMSS par an et par bénéficiaire	
Actes de prévention		
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la sécurité sociale)	80 € par an et par bénéficiaire	

BRSS : base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : contrat d'accès aux soins (CAS), option tarifaire maîtrisée (OPTAM), option tarifaire maîtrisée « chirurgiens/ gynécologues-obstétriciens » (OPTAM-CO).

Les actes en secteur non conventionné sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

(1) Reconstituer sur une BRSS à 107,50 €.

(2) Reconstituer sur une base d'un TO90 (traitement d'orthodontie).

(3) Un équipement optique « verres et monture » pris en charge par période de 2 ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de 1 an.

Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, le niveau des prestations est ajusté afin de garantir un niveau de couverture complète globale – comprenant le régime de base et le régime conventionnel obligatoire – qui soit identique pour tout salarié couvert au titre du régime.

Article 2

En vigueur étendu

Dispositions finales. – Date d'effet

Le présent avenant ayant vocation à définir les garanties minimales du régime collectif obligatoire de frais de santé, dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective des hôtels, cafés restaurants, le présent avenant ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2232-10-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, ainsi que de demande d'extension, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Il prendra effet le 1er jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1er janvier 2018.