

Brochure n° 3292 | Convention collective nationale

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

**Avenant n° 9 du 15 novembre 2019**  
à l'accord du 6 octobre 2010 relatif aux frais de santé

NOR : ASET2050638M

IDCC : 1979

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

**GNC ;**  
**UMIH ;**  
**SNRTC ;**  
**GNI,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTA FO ;**  
**FS CFDT ;**  
**CSD CGT ;**  
**INOVA CFE-CGC,**

d'autre part,

### **Préambule**

En 2018, le gouvernement s'est engagé à donner à tous les Français un accès à des soins de qualité pris en charge à 100 % dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

Après négociation avec les acteurs de la santé, cette réforme a été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 avec une entrée en vigueur échelonnée qui commence au 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour l'optique et les soins prothétiques dentaires et se poursuit en 2021 pour l'audiologie.

Cette réforme oblige également les partenaires sociaux à revoir l'expression de leurs tableaux de garanties afin de répondre aux nouvelles obligations de prise en charge.

Il a en conséquence été décidé ce qui suit :

*(Voir page suivante.)*

## Article 1<sup>er</sup>

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, 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) :

### Tableau de prestations au 1<sup>er</sup> janvier 2020

#### CCN HCR - SOCLE CONVENTIONNEL – GRILLE DE GARANTIE 100% SANTE

##### ABREVIATIONS :

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

DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

€ : Euro

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. A titre indicatif, le montant du PMSS s'élève à 3377€ en 2019.

TM : Ticket Modérateur

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>	
<b>Frais de séjour</b>	
Frais de séjour	110% BR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100 % de la participation forfaitaire
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels
<b>Frais et honoraires chirurgicaux</b>	
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
<b>Chambre particulière - Non remboursée par la SS</b>	
Chambre particulière de nuit (hors maternité)	50 € / jour
Chambre particulière de jour (CPA) (hors maternité)	50 € / jour
<b>Lit d'accompagnant - Non remboursé par la SS</b>	
Frais de lit d'accompagnant	15 € / jour
<b>Maternité</b>	
Chambre particulière (8 jours maximum)	1,5 % PMSS / jour
Allocation de naissance ou adoption	8 % PMSS / enfant
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé* (dans la limite des Honoraires Limite de Facturation définis aux Conditions Générales)</b>	
À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire	Prise en charge intégrale (**)
<b>Soins :</b>	
Soins dentaires	TM
<b>Prothèses autres que 100% Santé :</b>	
<b>Panier maîtrisé (1) (dans la limite des Honoraires Limites de Facturation définis aux Conditions Générales)</b>	
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300% BRSS
<b>Panier libre (2)</b>	
Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale	200% BRSS
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant)	300% BRSS
<b>Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale :</b>	
Par PROTHESE	322,50 €
<b>Orthodontie (3)</b>	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	166% BRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	193,50€ par semestre
<b>Implantologie</b>	
Implants dentaires (hors prothèse dentaire)	300€/an/bénéficiaire

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
<b>AIDES AUDITIVES OU EQUIPEMENT par oreille</b>	
<b>JUSQU'AU 31/12/2020 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans</b>	
Prothèses auditives de Classe I ou II remboursées par la Sécurité Sociale	400 € par oreille + 65% BRSS (Minimum TM)
<b>Accessoires et fournitures :</b>	100 BRSS%
Le poste ci-dessus est remplacé par les postes de garantie ci-dessous, lesquels s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant <b>à compter du 1er janvier 2021.</b>	
<b>A PARTIR DU 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans</b>	
<b>Equipements 100% Santé *</b>	
Aides auditives de Classe I (***) :	Prise en charge intégrale (4)
<b>Equipements autres que 100% Santé :</b> Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	
Aides auditives de Classe II (***) :	
Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	400 € par oreille + 65% BRSS (Minimum TM)
Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 € par oreille + 65% BRSS (Minimum TM)
<b>Accessoires et fournitures :</b>	100 BRSS%
<b>SOINS COURANTS</b>	
<b>Honoraires médicaux :</b>	
<b>Généralistes</b>	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
<b>Spécialistes</b>	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
<b>Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux</b>	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM + 20% BRSS
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire
<b>Imagerie médicale, radiologie, échographie</b>	
> Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
> Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée *	TM
<b>Honoraires paramédicaux :</b>	
Auxiliaires médicaux (ex : Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes)	TM
<b>Analyses médicales</b>	
Analyses médicales	TM
<b>Matériel médical inscrit à la Liste des Produits de Prestations</b>	
Prothèses médicales remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires et auditives	65% BRSS
Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale	100% BRSS
<b>Médicaments :</b>	
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 65%	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 30%	TM
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale à 15%	TM
Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité Sociale	3 % PMSS / an / bénéficiaire
Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la Sécurité Sociale) (1)	80 € par an / bénéficiaire
Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale	TM

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
<b>Cures thermales</b>	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	TM
<b>Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité Sociale</b>	
Ambulance, taxi conventionné	TM
<b>Prévention</b>	
Actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (5)	Pris en charge (min. TM)
<b>Médecine additionnelle et de prévention</b> - Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel Non remboursée par la Sécurité sociale	
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, acupuncture, pédicurie-podologie	300 € / an / bénéficiaire
<b>OPTIQUE - EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)</b> Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales( 6)	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION Y COMPRIS SECURITE SOCIALE</b>
<b>Equipement 100% Santé *</b>	
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale (4)
<b>Equipements autres que 100% Santé (Classe B)</b>	
<b>Par verre :</b>	
> Unifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	160 €
> Unifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	160 €
> Unifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	222 €
> Unifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	277 €
> Multifocaux : sphère de 0 à 4 et de -4 à 0, quel que soit le cylindre	250 €
> Multifocaux : sphère de 4,25 à 6 et de -6 à -4,25, quel que soit le cylindre	288 €
> Multifocaux : sphère de 6,25 à 8 et de -8 à -6,25, quel que soit le cylindre	300 €
> Multifocaux : sphère au-delà de 8,25 et -8,25, quel que soit le cylindre	311 €
<b>Monture</b>	100 €
<b>Lentilles</b>	
Lentilles correctrices prescrites remboursées par la SS (y compris jetables)	273,70 € / an / bénéficiaire (minimum TM)
Lentilles correctrices prescrites non remboursées par la SS (y compris jetables)	250 € / an / bénéficiaire
<b>Prestation d'adaptation des verres par l'opticien</b>	100%BRSS

\* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement 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 maximum fixés.

\*\* Dans la limite des frais réellement engagés

\*\*\* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

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 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 réglementation.

\*\*\*\* La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

\*\*\*\*\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en 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-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

- (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) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.
- (5) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr))
- (6) Délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an 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 2 | *Dispositions finales. Date d'effet*

Le présent avenant prendra effet au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Il est conclu pour une durée indéterminée.

Il 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. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail. Conformément aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est fixée à 3 mois.

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 et 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 est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires. Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur. Son extension pourra être demandée à l'initiative de la partie la plus diligente.

*Fait à Paris, le 15 novembre 2019.*

(Suivent les signatures.)