

Brochure n° 3301

Convention collective nationale
IDCC : 2098. – PRESTATAIRES DE SERVICES
DANS LE DOMAINE DU SECTEUR TERTIAIRE

AVENANT DU 8 JANVIER 2018
RELATIF À LA RECTIFICATION D'UNE ERREUR MATÉRIELLE
SUR L'AVENANT DU 13 NOVEMBRE 2017 PORTANT RÉVISION DU RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ
NOR : *ASET1850316M*
IDCC : 2098

Entre :
ANCR ;
FIGEC ;
SIST ;
SNPA ;
SORAP ;
SP2C ;
SYNAPHE,

D'une part, et
FNECS CFE-CGC ;
CSFV CFTC ;
FEC FO ;
F3C CFDT ;
Solidaires,

D'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les signataires de l'avenant du 13 novembre 2017 portant révision du régime de frais de santé initialement conclu dans la branche le 25 septembre 2015 ont constaté, après avoir signé et déposé l'avenant susvisé, qu'une erreur matérielle s'était introduite au niveau des grilles de garanties qui lui étaient annexées.

Cette erreur matérielle a été identifiée par l'assureur recommandé et le gestionnaire. Elle a été confirmée par l'actuaire de la branche.

En conséquence et pour assurer une parfaite validité et conformité de la chose négociée, les signataires de l'avenant du 13 novembre 2017 ont entendu signer la présente rectification matérielle et la transmettre sans délai à l'administration actuellement en train d'étudier ce texte en vue de son extension.

Article 1^{er}

Rectification d'une erreur matérielle

Il est expressément entendu qu'à l'occasion de la modification apportée aux grilles initiales de garanties conclues le 25 septembre 2015, un renvoi relatif à la garantie « Honoraires non conventionnels » n'avait pas été modifié conformément aux évolutions paritairement actées de la grille des garanties au titre de l'avenant du 13 novembre 2017.

Par conséquent, les grilles annexées ci-après annulent et remplacent les grilles jointes à l'avenant du 13 novembre 2017.

Il est entendu que ces grilles modifiées sont celles effectivement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

Article 2

Dispositions finales

Les signataires entendent intégrer la présente rectification matérielle sans délai à l'avenant du 13 novembre 2017, notamment au regard du fait qu'il est actuellement en cours de procédure d'extension.

Fait à Paris, le 8 janvier 2018.

(Suivent les signatures.)

ANNEXE

GRILLES DE GARANTIES EN VIGUEUR

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS (Remboursement total dans la limite des FR y compris Sécurité sociale)		
	BASE 1	BASE 2	BASE 3
L'HOSPITALISATION (médicale et chirurgicale) ⁽¹⁾			
Frais de séjour (établissement conventionné ou non conventionné)	110 % BR	110 % BR	110 % BR
Conventionné - honoraires, actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, y compris maternité Médecins OPTAM/OPTAM-CO* Médecins non OPTAM/OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR	180 % BR 160 % BR	220 % BR 200 % BR
Non conventionné – honoraires, y compris maternité	100 % BR	160 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique ⁽²⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière, y compris maternité	-	40 € par jour	80 € par jour
Nuitée d'accompagnement (lit + repas du soir) – moins de 16 ans et plus de 70 ans	-	20 € par jour	30 € par jour
LES FRAIS MEDICAUX COURANTS ⁽¹⁾			
Visites, consultations de généralistes Médecins OPTAM/OPTAM-CO* Médecins non OPTAM/OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR	120 % BR 100 % BR	120 % BR 100 % BR
Visites, consultations de spécialistes Médecins OPTAM/OPTAM-CO* Médecins non OPTAM/OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR	180 % BR 160 % BR	220 % BR 200 % BR
Radiologie Médecins OPTAM/OPTAM-CO* Médecins non OPTAM/OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR	180 % BR 160 % BR	220 % BR 200 % BR
Actes techniques médicaux, actes de spécialité Médecins OPTAM/OPTAM-CO* Médecins non OPTAM/OPTAM-CO*	120 % BR 100 % BR	180 % BR 160 % BR	220 % BR 200 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
LA PHARMACIE			
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
L'OPTIQUE			
Monture ⁽³⁾⁽⁴⁾	130 €	150 €	150 €
Verres ⁽³⁾ (par verre) Verre simple, Verre complexe Verre hyper complexe	70 € 140 € 250 €	80 € 160 € 300 €	90 € 170 € 350 €
Lentilles prises en charge par la SS (avec un remboursement minimum égal à 100 % BR-SS), lentilles non prises en charge par la SS, lentilles jetables	200 €/A/B (mini 100 % BR)	250 €/A/B (mini 100 % BR)	300 €/A/B (mini 100 % BR)
Chirurgie réfractive de l'œil	-	300 €/A/B	600 €/A/B

	BASE 1	BASE 2	BASE 3
LE DENTAI RE			
Soins dentaires	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Inlays/Onlays	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	125 % BR	225 % BR	320 % BR
Orthodontie prise en charge par la SS	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Implantologie (maxi 2 implants par an et par bénéficiaire)	-	300 €	600 €
AUTRES			
Prothèses auditives (prises en charge par la SS)	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Orthopédie et autres prothèses (prises en charge par la SS)	120 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecine douce (ostéopathe, acupuncteur, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue)	-	30 €/séance (limité à 3 séances /A/B)	40 €/séance (limité à 4 séances /A/B)
Cure thermale (remboursée par SS)	-	100 €/A/B	150 €/A/B
Compléments équipements post cancer (post chimio, rayons)	-	200 €/A/B	250 €/A/B
PREVENTI ON			
Tous les actes de prévention du contrat responsable pris en charge par la SS (scellement des sillons, détartrage, dépistage hépatite B...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR

*OPTAM/OPTAM-CO : option tarifaire maîtrisée/opt option tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique. Elle remplace, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnée à l'article L.871- 1 du code de la Sécurité sociale.

Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(1) Pour les praticiens et honoraires non conventionnés, le remboursement se fera, sur le niveau de garanties des médecins non OPTAM / OPTAM CO et sur la base du tarif de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire du tarif d'autorité.

(2) Sans limitation de durée.

(3) Pour les enfants (- 18 ans) : limité à un équipement (verres et monture) par an.

Pour les adultes : limité à un équipement (verres et monture) tous les deux ans, sauf évolution de la vue, avec un maximum d'un équipement annuel.

(4) Limitée à 150 €

Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés.

Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement.

Conformément aux prescriptions du contrat responsable, nous prenons en charge tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale.

BR : Base de Remboursement ; SS : Sécurité sociale ; FR : Frais réels ; B : Bénéficiaire ; A : Année ; PMISS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.