

AVENANT N°5
A L'ACCORD COLLECTIF DU 6 OCTOBRE 2010
RELATIF À LA MISE EN PLACE D'UN RÉGIME PROFESSIONNEL
DE FRAIS DE SANTÉ DANS LA BRANCHE DES HOTELS, CAFÉS, RESTAURANTS (IDCC 1979),

Préambule

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 1^{er} 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 1 – TABLEAU DE PRESTATIONS AU 1^{er} JANVIER 2018
--

À compter du 1^{er} 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).


1

Nature des garanties	Montant des remboursements au 1 ^{er} janvier 2018										
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE - Frais et honoraires chirurgicaux - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Frais de séjour - Forfait journalier hospitalier - Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville) - Chambre particulière - Frais de lit d'accompagnant	Ticket modérateur + 230% BRSS Ticket modérateur + 100% BRSS 110% BRSS 100% des frais réels sans limitation de durée 100% de la participation forfaitaire 50 € par jour 15 € par jour										
MEDECINE COURANTE - Consultations, Visites de généralistes et spécialistes - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 20% BRSS Ticket modérateur										
- Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Ticket modérateur + 20% BRSS Ticket modérateur										
- Analyses médicales - Imagerie médicale, radiologie, échographie - Praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée - Auxiliaires médicaux	Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur Ticket modérateur										
- Prothèses remboursées par la Sécurité sociale autres que dentaires & auditives - Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale - Petit appareillage remboursé par la Sécurité sociale - Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, pédicurie-podologie, non remboursé par la Sécurité sociale	65% BRSS 400€ par oreille (maxi 2 par an) + 65%BRSS 100% BRSS 300 € par an et par bénéficiaire										
PHARMACIE remboursée par la Sécurité sociale	Ticket modérateur										
DENTAIRE - Soins dentaires - Inlays, Onlays remboursés par la Sécurité sociale - Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris prothèse sur implant) - Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale - Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	Ticket modérateur 200% BRSS 240% BRSS 240% BRSS ⁽¹⁾ 166% BRSS 100% BRSS ⁽²⁾										
OPTIQUE : - Forfait par verre ⁽³⁾ - de 0 à 4 : - de 4,25 à 6 : - de 6,25 à 8 : - à partir de 8,25 : - Monture ⁽³⁾ - Lentilles correctrices remboursées (y compris jetables) - Lentilles correctrices non remboursées (y compris jetables)	<table> <tr> <th>Unifocaux (selon la dioptrie)</th><th>Multifocaux (selon la dioptrie)</th></tr> <tr> <td>160 €</td><td>250 €</td></tr> <tr> <td>185 €</td><td>288 €</td></tr> <tr> <td>222 €</td><td>300 €</td></tr> <tr> <td>277 €</td><td>311 €</td></tr> </table> 100 € 126 € par an et par bénéficiaire (minimum Ticket modérateur) 126 € par an et par bénéficiaire	Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)	160 €	250 €	185 €	288 €	222 €	300 €	277 €	311 €
Unifocaux (selon la dioptrie)	Multifocaux (selon la dioptrie)										
160 €	250 €										
185 €	288 €										
222 €	300 €										
277 €	311 €										
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale	Ticket modérateur										
MATERNITE - Allocation naissance ou adoption - Chambre particulière (8 jours maximum)	8% PMSS par enfant 1,5% PMSS par jour										
AUTRES REMBOURSEMENTS - Transport remboursé par la Sécurité sociale - Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale	Ticket modérateur 3% PMSS par an et par bénéficiaire										
ACTES DE PREVENTION Sevrage tabagique (patch inscrit sur la liste de la SS)	80 € par an et par bénéficiaire										



2

Légende du tableau :

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'AUTORITE

(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 deux 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 – 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 cinquante 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 1^{er} jour du mois civil suivant la publication de son arrêté d'extension et au plus tôt le 1^{er} janvier 2018.

Handwritten signatures and initials, including 'HR', 'de.', and 'lm', with a checkmark and the number '3'.

Fait à Paris, le 13 octobre 2017

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisations Professionnelles d'Employeurs :

UMIH



FAGIHT-GNI

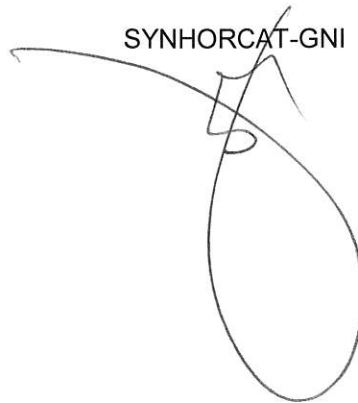


GNC



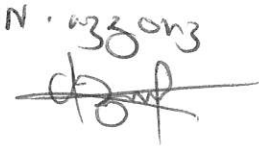
SNRTC

SYNHORCAT-GNI



Organisations Syndicales de Salariés :

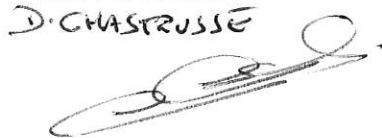
FGTA/FO

N. N'ZONG


Fédération CGT du commerce,
du service et de la distribution

INOVA/CFE-CGC

D. CHASTRUSSE



Fédération des services CFDT

I. KONATE



Fédération CFTC / CSFV