

REGIME PROFESSIONNEL DE PREVOYANCE

AVENANT DU 16 MAI 2019 AU PROTOCOLE D'ACCORD DU 24 JUIN 2013

Entre :

- la Fédération Française de l'Assurance (FFA), représentée par M. Ruthardt, Mme Quéré-Becker, M. Meyer

d'une part,

Et :

- la Fédération CFDT Banques et Assurances, représentée par MM. Tisserand, Versavaud, Pantanella
- la CFE-CGC Fédération de l'Assurance, représentée par M. Mottier
- la Fédération des Syndicats CFTC « Commerce, Services et Force de Vente » (CSFV), représentée par Mme Tardito
- l'Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA) Fédération Banques-Assurances, représentée par Mmes Bakowski, Duvernois

d'autre part,

il est convenu de ce qui suit :

Préambule :

Les parties signataires s'engagent à réviser le Règlement du Régime professionnel de prévoyance (volet frais de soins) afin qu'il respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions du « contrat responsable et solidaire ». Pour ce faire, compte tenu des dernières évolutions du « panier de soins » et du cahier des charges du « contrat responsable » avec la réforme du 100% santé, le règlement du RPP est modifié comme suit afin d'intégrer ces nouvelles dispositions.

Article 1 :

Les dispositions complémentaires annexées au règlement RPP faisant figurer les planchers et plafonds des contrats responsables sont supprimées.

Les articles 31 et 32 du règlement RPP sont modifiés comme suit :

Article 31 – Garanties collectives

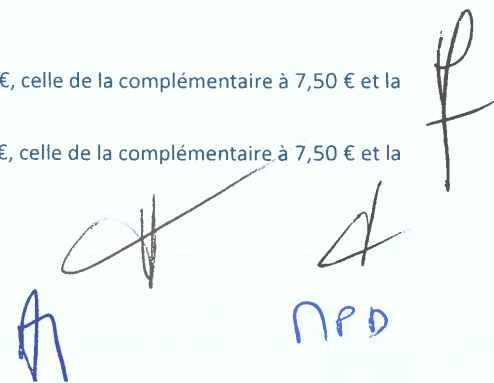
Garantie	Niveau de garantie (incluant celui de la S.S. et dans la limite des frais réels)
HOSPITALISATION	
Forfait journalier hospitalier	100% FR ¹
Frais de séjour	100% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	280% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés non adhérent à un DPTAM)	200% BR
Chambre particulière	1,50% PMSS/jour
SOINS COURANTS	
Consultation – Visite généraliste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR ²
Consultation – Visites spécialiste (conventionnés et non-conventionnés) adhérent ou non adhérent à un DPTAM	100% BR ³
Auxiliaires médicaux ⁴	100% BR
Frais examen de biologie médicale (analyse)	100% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité adhérent à un DPTAM	270% BR
Actes de chirurgie, actes de spécialité (conventionnés et non-conventionnés) non adhérent à un DPTAM	200% BR
Radiologie adhérent à un DPTAM.	245% BR
Radiologie non adhérent à un DPTAM	200% BR
Transport accepté par la S.S.	195% BR

¹ Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

² Pour une consultation chez le généraliste en secteur 1 à 25€ la prise en charge de la S.S. 16,50 €, celle de la complémentaire à 7,50 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €.

³ Pour une consultation chez le spécialiste en secteur 1 à 25€ la prise en charge de la S.S. 16,50 €, celle de la complémentaire à 7,50 € et la participation forfaitaire non-remboursable à 1 €.

⁴ Infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues








*Régime professionnel de prévoyance – avenant du 16 mai 2019
au protocole d'accord du 24 juin 2013*

PHARMACIE	
Médicaments à 65% ⁵	100% BR
Médicaments à 30% ⁶	51% BR
Médicament à 15% ⁷	36% BR
Contraception prescrite (y compris celle non remboursée par la S.S.)	50€ par an
DENTAIRE	
Soins dentaires 100% Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation, dès 2020
Soins dentaires hors 100% Santé	105% BR
Prothèses dentaires 100% Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des honoraires limites de facturation, dès 2020
Prothèses dentaires hors 100% Santé ou avant le 1 ^{er} janvier 2021	210% BR
Orthodontie (acceptée par la S.S.)	300% BR
Aides AUDITIVES	
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans.	
Audioprothèses 100% Santé	Prise en charge intégrale, dans le respect des tarifs applicables et des prix limites de vente, à compter du 01/01/2021
Audioprothèses autres que 100% Santé	180% BR, dans le respect des plafonds de remboursement réglementaires
Autres prothèses (remboursées S.S.)	
Orthopédie et autres prothèses	180% BR
PREVENTION	
Consultations - Actes de prévention (acceptées par la S.S.)	100% BR

⁵ Médicament à service médical rendu majeur ou important et préparation magistrale

⁶ Médicament à service médical rendu modéré

⁷ Médicament à service médical faible

OPTIQUE		
<p>Le dispositif 100% Santé définit 2 classes de verres et montures : ceux de la Classe A (100% Santé) intégralement pris en charge et ceux de la Classe B, hors 100% Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (monture limitée à 100€ [ou 30€ dans le cadre du 100% Santé] + 2 verres) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est autorisé : enfant de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Dans ce dernier cas, la période est de 1 an. La période précitée de deux ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs). 		
Composition de l'équipement	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
<p><i>Classe A : 100% santé</i> <i>Classe B : autres que 100% santé</i></p>		
2 verres A + monture A	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	- Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût des verres Et - Dans la limite de 100 €
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût de la monture	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
Verre A + verre B + monture A	<p>Verre A Intégrale dans le respect des PLV 100% santé</p> <p>Verre B Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût de la monture et du verre A</p>	Intégrale dans le respect des PLV 100% santé
Verre A + verre B + monture B	Verre A Intégrale dans le respect des PLV 100% santé	
	Verre B et Monture B Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous, déduction faite du coût de la du verre A et compte tenu que le remboursement de la monture est limité à 100 €.	
2 verres B + monture B	Dans la limite du plafond du tableau ci-dessous. Monture limitée à 100 euros.	
Plafonds de remboursements pour un équipement hors 100% santé		
<p>a) équipement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries 		100 € dont 100 € au maximum pour la monture
<p>b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)</p>		150 € dont 100 € au maximum pour la monture

*Régime professionnel de prévoyance – avenant du 16 mai 2019
au protocole d'accord du 24 juin 2013*

<p>c) équipement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ; 	<p>200 € dont 100 € au maximum pour la monture</p>
<p>d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)</p>	<p>150 € dont 100 € au maximum pour la monture</p>
<p>e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)</p>	<p>200 € dont 100 € au maximum pour la monture</p>
<p>f) équipement à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<p>200 € dont 100 € au maximum pour la monture</p>
<p>Lentilles (acceptées par la S.S./an)</p>	<p>360 % BR</p>
<p>Chirurgie réfractive ou Kératotomie</p>	<p>250 € par œil</p>

BR : Base de remboursement

FR : Frais réel

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

S.S. : Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM, OPTAM-CO

OPTAM/OPTAM-CO : Options des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les limites établies par la convention.

PLV : Prix limite de vente

100% Santé : dispositif qui a pour objectif de donner accès à des soins, pris en charge à 100% dans le domaine de l'optique, dentaire et audiologie. Son principe consiste à proposer un ensemble de prestations, appelés « Paniers », des soins identifiés qui répondent aux besoins de santé nécessaires. La composition des prestations des Paniers est définie réglementairement et visés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 32 - Contrat responsable

Le Régime professionnel de Prévoyance est mis en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale et de l'article 83, 1°, quater du Code général des impôts.

Le contrat d'assurance collective souscrit est un contrat «responsable» conformément aux articles L. 160-13, II et III, L. 871-1 et R. 871-1 et -2 du Code de la sécurité sociale.

Il est expressément convenu que ce contrat sera adapté en cas d'évolution législative, réglementaire ou découlant de la doctrine administrative afin de rester conforme au caractère responsable.

Article 2 :

Les signataires s'engagent à effectuer sans délai les démarches nécessaires au dépôt légal du présent avenant. Il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Fait à Paris, le 16 mai 2019

Pour l'organisation d'employeurs :

FFA



Pour les organisations syndicales :

Fédération CFDT Banques et Assurances



CFE-CGC Fédération de l'Assurance



Fédération des Syndicats CFTC « Commerce,
Services et Force de Vente » (CSFV)



Fédération CGT des Syndicats du Personnel
de la Banque et de l'Assurance

*Régime professionnel de prévoyance – avenant du 16 mai 2019
au protocole d'accord du 24 juin 2013*

Fédération des employés et cadres Force
Ouvrière (section Fédérale des Assurances)

Union Nationale des Syndicats Autonomes
(UNSA)

Fédération Banques-Assurances

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large initial 'D' followed by a series of loops and a long horizontal stroke.