

**AVENANT N°1**  
**A L'ACCORD COLLECTIF DU 6 OCTOBRE 2010**  
 RELATIF A LA MISE EN PLACE D'UN REGIME PROFESSIONNEL  
 DE FRAIS DE SANTE DANS LA BRANCHE DES HOTELS, CAFES, RESTAURANTS (IDCC 1979),

**Préambule**

L'objet du présent avenant est :

- de préciser le libellé de certaines prestations du régime conventionnel de frais de santé, afin de tenir compte des questions soulevées pendant la première année de mise en œuvre du régime,
- de confirmer le caractère responsable du régime, consécutivement à la parution du décret n° 2012-386 du 21 mars 2012, relatives à la prise en charge de certains dépassements d'honoraires encadrés,
- de préciser les modalités d'application de la carence prévue sur les postes optique et dentaire, eu égard à la mobilité des salariés au sein des entreprises de la branche.

**Article 1 – Tableau de prestations**

Les dispositions du présent article prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le tableau de prestations figurant à l'article 12 (sans modification du niveau des prestations) est remplacé par :

NATURE DES GARANTIES	LIMITE DE REMBOURSEMENTS
<b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frais et honoraires chirurgicaux</li> <li>▪ Frais de séjour</li> <li>▪ Forfait hospitalier</li> <li>▪ Chambre particulière</li> <li>▪ Frais de lit d'accompagnant</li> </ul>	<p style="text-align: right;">110 % BRSS                      110 % BRSS                      100 % frais réels                      25 € / jour                      15 € / jour</p>
<b>MEDECINE COURANTE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultations, visites de généralistes ou spécialistes</li> <li>▪ Actes de chirurgie, actes techniques médicaux</li> <li>▪ Analyses médicales</li> <li>▪ Radiologie</li> <li>▪ Auxiliaires médicaux</li> <li>▪ Prothèses autres que dentaires</li> <li>▪ Petit appareillage</li> <li>▪ Ostéopathie, chiropractie, étiopathie</li> </ul>	<p style="text-align: right;">30 % BRSS                      30 % BRSS                      40 % BRSS                      30 % BRSS                      40 % BRSS                      65 % BRSS                      100 % BRSS                      20 € / consultation                      (remboursement limité à 80 € / an)</p>
<b>PHARMACIE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frais pharmaceutiques</li> </ul>	100 % du ticket modérateur
<b>FRAIS DENTAIRES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins dentaires</li> <li>▪ Inlays, onlays</li> <li>▪ Prothèses dentaires prises en charge par la SS</li> <li>▪ Prothèses dentaires non prises en charge par la SS – Pilier de bridge sur dent saine (à l'exclusion des implants)</li> <li>▪ Orthodontie acceptée par la SS</li> <li>▪ Orthodontie non prise en charge par la SS (assuré de moins de 25 ans)</li> </ul>	<p style="text-align: right;">30 % BRSS                      200 % BRSS                      200 % BRSS                      200 % BRSS reconstituée sur la base d'un SPR 50                      166 % BRSS                      100 % BRSS reconstituée sur la base d'un TO 90</p>

<b>FRAIS D'OPTIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verres : par verre</li>   <li>▪ Monture</li> <li>▪ Lentilles correctrices prises en charge par la SS (y compris jetables)</li> <li>▪ Lentilles correctrices non prises en charge par la SS (y compris jetables)</li> </ul>	3,5 % PMSS + en fonction de la correction du verre <b>Unifocaux</b> (selon la dioptrie) - de 0 à 4 : + 1,75 % PMSS - de 4,25 à 6 : + 2,65 % PMSS - de 6,25 à 8 : + 3,50 % PMSS - à partir de 8,25 : + 5,25 % PMSS <b>Multifocaux</b> (selon la dioptrie) - de 0 à 4 : + 4,40 % PMSS - de 4,25 à 6 : + 5,60 % PMSS - de 6,25 à 8 : + 5,95 % PMSS - à partir de 8,25 : + 6,30 % PMSS 100 € tous les deux ans / bénéficiaire  126 € / an / bénéficiaire  126 € / an / bénéficiaire
<b>CURES THERMALES acceptées par la SS, y compris transport et hébergement</b>	100 % du ticket modérateur
<b>MATERNITE – NAISSANCE - ADOPTION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allocation de naissance ou adoption</li> <li>▪ Chambre particulière (8 jours maximum)</li> </ul>	8 % PMSS par enfant 1,5 % PMSS / jour
<b>AUTRES REMBOURSEMENTS</b>	
▪ Transport accepté	35 % BRSS
▪ Pilule et patch contraceptif non remboursés	1 % PMSS / an / bénéficiaire
<b>ACTES DE PREVENTION (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale)</b>	
▪ Sevrage tabagique : patchs inscrits sur la liste de la Sécurité sociale	80€ / an / bénéficiaire
▪ Prestations de prévention en application de l'art. R.871-2 du code de la Sécurité sociale	La totalité des prestations listées à l'arrêté du 8 juin 2006 sont prises en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur

**BRSS** : base de remboursement de la Sécurité sociale - **PMSS** = plafond mensuel de la Sécurité sociale

## Article 2 – Caractère responsable du régime frais de santé

Les dispositions du présent article prennent effet au 23 mars 2012.

Le décret n° 2012-386 du 21 mars 2012 a modifié les obligations minimales de prise en charge dans le cadre du parcours de soins, permettant de conférer au dispositif d'assurance maladie complémentaire son caractère « responsable », conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

A l'article 12 de l'Accord du 6 octobre 2010, après l'alinéa :

« En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais exposés dans le cadre du parcours de soins pour lesquelles des obligations minimales de couverture sont fixées à l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale ».

est ajouté l'alinéa suivant :

« Dans le cas où le niveau de prestations prévu s'avérerait inférieur à l'obligation minimale de couverture, la prestation effectivement versée sera augmentée à due concurrence ».

L  
 H  
 en  
 SF  
 66  
 57  
 de

**Article 3 – Modalités d'application de la carence sur les garanties optiques et dentaires**

Les dispositions du présent article prennent effet au 1<sup>er</sup> novembre 2012.

A l'article 6 de l'Accord du 6 octobre 2010, le 2<sup>ème</sup> alinéa est désormais libellé comme suit :

« Le salarié ne peut bénéficier des garanties optiques et dentaires qu'à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant le premier appel de cotisations le concernant, soit à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le 1<sup>er</sup> mois civil entier d'emploi dans l'entreprise. Toutefois, cette carence ne s'applique pas lorsque le salarié justifie d'avoir déjà été affilié au présent régime conventionnel de frais de santé au cours des 9 mois civils précédant le mois de l'embauche ».

**Article 4 - Dépôt et publicité - Extension**

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt conformément aux articles L.2231-6 ; L.2261-1 et D.2231-2 du Code du travail.

L'extension du présent avenant sera demandée par les parties signataires.

Fait à Paris, le 19 Septembre 2012.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

**Organisations Professionnelles d'Employeurs :**

CPIH  
M 

UMIH  
M 

GNC  
M 

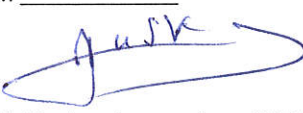
SYNHORCAT  
M 

FAGIHT  
M 

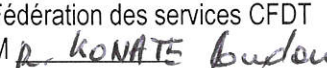
SNRTO  
M 

**Organisations Syndicales de Salariés :**

FGTA/FO  
M 

Fédération CGT du commerce,  
du service et de la distribution  
M 

INOVA/CFE-CGC  
M 

Fédération des services CFDT  
M 

Fédération CFTC / CSFV  
M 

