

REGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES (RAMA)

Protocole d'accord du 15 juin 2015

Entre :

- la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée par
 - le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA), représenté par
- d'une part,

Et :

- la Fédération CFDT Banques et Assurances, représentée par
- la CFE-CGC Fédération de l'Assurance, représentée par
- la Fédération des Syndicats CFTC « Commerce, Services et Force de Vente » (CSFV), représentée par
- la Fédération CGT des Syndicats du Personnel de la Banque et de l'Assurance (branche Assurances), représentée par
- la Fédération des employés et cadres Force Ouvrière, représentée par
- l'Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA) Fédération Banques-Assurances représentée par

d'autre part,

Vu :

- le protocole d'accord du 27 juin 2011 relatif au Régime d'assurance maladie des allocataires,
- le règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires du 16 janvier 1984 (et sa dernière mise à jour au 1^{er} juillet 2011).

il est convenu de ce qui suit :

Préambule :

Les parties signataires s'engagent à réviser le règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires (RAMA) pour le mettre notamment en conformité au décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire (réforme des contrats responsables) issu de la loi de financement de sécurité sociale pour 2014. L'objectif de cette réforme est de renforcer les exigences imposées à ces contrats de complémentaire santé.

Le respect des critères de responsabilité prévus par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (obligations minimales et maximales de prise en charge, interdictions) pour le contrat RAMA aura pour conséquence d'augmenter fortement le niveau des garanties des formules d'entrée de gamme pour permettre une mise à niveau des garanties du contrat responsable et générer de façon corrélative une hausse des tarifs. Cependant, ce transfert de garanties du contrat socle RAMA doit être appréhendé en lien avec les contrats sur-complémentaires qui, dans le cadre des renégociations nécessaires, doivent s'inscrire en différentiel du régime de la sécurité sociale et du socle RAMA.

Article 1 :

L'article 1 « Champ d'application – Obligations des assurés » du règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires est modifié comme suit :

« *Les retraités :*

- *allocataires des institutions de retraite Ciresa, Iricasa et Crepsa,*
- *ayant exercé des fonctions relevant des Conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993,*

peuvent demander pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour leur conjoint, leur concubin, leur partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) et leurs enfants à charge, à adhérer au régime de prévoyance collective, objet du présent règlement. Ce faisant, ils s'engagent à satisfaire aux obligations qui leur incombent aux termes des dispositions ci-après.

Les conjoint, concubin, partenaire de pacte civil de solidarité (PACS) n'ayant pas adhéré au régime d'assurance maladie des allocataires au moment de l'adhésion des retraités de l'Assurance visés au premier alinéa du régime d'assurance maladie des allocataires, auront la possibilité d'y adhérer ultérieurement.»

Le bulletin d'adhésion, fourni par B2V à cet effet, doit être retourné à l'organisme gestionnaire au plus tard dans les six mois de la proposition d'adhésion.

Tout refus d'adhésion est définitif. Les personnes couvertes par l'adhésion sont dénommées ci-après « les assurés ».

Article 2 :

Les dispositions prévues à l'article 9 « Changement de formule de garanties » du règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires sont modifiées ainsi :

« Les assurés ont la possibilité, tous les deux ans, de changer de formule de garanties en adressant à B2V une lettre recommandée avec avis de réception.

Ce changement devra s'exercer avant le 1er juillet d'une année pour prendre effet le 1er janvier de l'année suivante. »

A titre transitoire, et jusqu'au 1er juillet 2016, les assurés ayant adhéré au RAMA antérieurement au 1er janvier 2016 peuvent changer de formule de garanties avec un délai de trois mois. La procédure de notification à B2V se fait par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 3 :

Dans le cadre de la prise en charge des frais de soins, des prestataires (SANTECLAIR / ITELIS / SEVEANE) pourront intervenir afin d'offrir aux bénéficiaires du Régime d'assurance maladie des allocataires des services et des conseils en matière de santé en accompagnement du contrat d'assurance santé.

Les services fournis sont notamment :

- Etudes/analyses de devis, simulations de remboursement, conseils,
- Accès à un réseau de professionnels de santé partenaires dans le domaine de l'optique, du dentaire et de l'audioprothèse,
- Service d'information médicale et sociale.

Article 4 :

L'article 3 « Garanties » du règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires est modifié comme suit :

« Les assurés visés à l'article 1 qui perçoivent de la Sécurité sociale des remboursements au titre des frais de soins, ont droit, dans les conditions ci-après définies, à des prestations complémentaires à celles de la Sécurité sociale.

a) Le régime comporte les sept niveaux de garanties définis en annexe au présent règlement et dénommés respectivement : formule 1, formule 1 bis, formule 2, formule 2 bis, formule 3, formule 4, formule 5.

Toutefois, depuis le 1er janvier 2013, les formules F1 bis, F2 et F4 sont fermées à toute nouvelle adhésion.

b) Le choix de la formule est fait par chacun des assurés au moment de son adhésion. Il peut être modifié dans les conditions prévues à l'article 9.

c) Le montant des remboursements, déterminé conformément à la formule choisie, est, dans tous les cas, limité aux frais réellement engagés.

d) Contrat responsable

Les partenaires sociaux s'engagent à ce que le contrat d'assurance conclu au titre du RAMA respecte les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable, notamment les dispositions concernant :

- la réforme de l'assurance maladie issue de la loi du 13 août 2004, ayant posé comme principe fondamental la nécessaire maîtrise des dépenses de santé en France (notamment l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale),*
- les exigences et réserves fixées par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales qui met en œuvre la réforme des contrats responsables issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.*

Les partenaires sociaux veilleront sans délai à faire évoluer le régime en cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires relatives au contrat responsable.

A ce titre :

Les planchers et plafonds de garanties à respecter sont les suivants :

<i>Prestations</i>	<i>Planchers</i>	<i>Plafonds</i>
SOINS DE VILLE		
<i>Consultations et actes des professionnels de santé</i>	<i>Ticket modérateur¹</i>	<i>Le contrat doit mieux rembourser les consultations et les actes des médecins adhérents au contrat d'accès aux soins²</i> <i>Pour les médecins non adhérents au CAS, le remboursement des dépassements d'honoraires est limité à :</i> <i>-125 % de la base de remboursement en 2015 et 2016,</i> <i>-100 % de la base de remboursement dès 2017</i>
<i>Ensemble des autres soins (sauf cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15 % et 30 %)</i>		<i>Absence de plafond</i>

¹ Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie.

² Contrat d'accès aux soins : contrat conclu entre des médecins libéraux secteur 2 ou 1 avec autorisation des dépassements d'honoraires, permettant un meilleur remboursement de la Sécurité sociale pour les assurés et la maîtrise des dépassements d'honoraires.

<i>Prestations</i>	<i>Planchers</i>	<i>Plafonds</i>
OPTIQUE		
<i>Remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans. Période réduite à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue</i>		
<i>a/ Equipement à verres simple foyer</i> - Sphère comprise entre - 6 et + 6 <u>ou</u> - Cylindre $\leq + 4$	50 €	470 € (dont monture limitée à 150 €)
<i>b/ Equipement à verres simple foyer</i> - 1 verre mentionné au a/ <u>et</u> - 1 verre mentionné au c/	125 €	610 € (dont monture limitée à 150 €)
<i>c/ Equipement à verres simple foyer</i> - Sphère $> - 6$ et $+ 6$ <u>ou</u> - Cylindre $> + 4$ <i>Equipement à verres multifocaux ou progressifs</i>	200 €	750 € (dont monture limitée à 150 €)
<i>d/ Equipement à verres complexes</i> - 1 verre mentionné au a/ <u>et</u> - 1 verre mentionné au f/	125 €	660 € (dont monture limitée à 150 €)
<i>e/ Equipement à verres complexes</i> - 1 verre mentionné au c/ <u>et</u> - 1 verre mentionné au f/	200 €	800 € (dont monture limitée à 150 €)
<i>f/ Equipement à verres multifocaux</i> - progressifs sphéro-cylindriques sphère hors zone de -8 à +8 <u>ou</u> - progressifs sphériques sphère hors zone de -4 à +4	200 €	850 € (dont monture limitée à 150 €)
AUTRES SOINS³		
<i>Forfait journalier hospitalier</i>	<i>Prise en charge en totalité sans limitation de durée</i>	

³ Dans les établissements de santé, hors établissements médico-sociaux

Le régime ne doit pas prendre en charge :

- *Conformément à l'article R.871-1 du code de la sécurité sociale : la majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.1111-15 du Code de la santé publique (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;*
- *Conformément à l'article R.871-1 du code de la sécurité sociale : les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant (et hors protocole de soins) et ce, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques et techniques;*
- *La participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale;*
- *Les franchises médicales définies à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale. »*

Article 5 :

L'article 5 du règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires est modifié comme suit :

« Article 5 – Paiement des primes

La prime est payable mensuellement d'avance. »

Article 6 :

Les dispositions prévues en annexe du règlement du Régime d'assurance maladie des allocataires sont modifiées ainsi :

ANNEXE au REGLEMENT DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES

Application de l'article 3 a) du règlement RAMA

Barème de remboursement tenant compte du remboursement SS sauf mention particulière

1

Famille d'acte	Poste	Unité	F1	F1B	F2	F2B	F3	F4	F5
Pharmacie	Pharmacie 65%	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie 30%	BR	38,7%	100%	100%	51%	100%	100%	100%
	Pharmacie 15%	BR	15%	15%	15%	36%	15%	15%	100%
Hospitalisation	Hospitalisation								
	- <i>Frais de séjour</i>	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	- <i>Chambre particulière</i>	€ par jour	16,72€ par jour	16,72€ par jour	16,72€ par jour	1,5% du PMSS	16,72€ par jour	16,72€ par jour	2,5% du PMSS
	- <i>Forfait journalier</i>	FR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	- <i>Actes chirurgicaux (CAS)</i>	BR	164%	164%	164%	280%	164%	164%	280%
	- <i>Actes chirurgicaux (non CAS)</i>	BR	144%	144%	144%	225% *	144%	144%	225% *
	- <i>Actes chirurgicaux exonérés du TM (CAS)</i>	BR	205%	205%	205%	300%	205%	205%	300%
- <i>Actes chirurgicaux exonérés du TM (non CAS)</i>	BR	185%	185%	185%	185%	185%	185%	225% *	
Dentaire	Soins dentaires								
	- Inlay-onlay - <i>Inlay-onlay</i>	BR	100%	100%	100%	105%	100%	100%	10% du PMSS par an (1)
	Autres soins - <i>Autres soins</i>	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	270%
	Prothèses dentaires	BR	182%	182%	182%	210%	245%	17% du PMSS (1)	17% du PMSS (1)
	Implants dentaires	PMSS	/	/	/	/	/	/	30% du PMSS (1) (limité à 2 dents par an et à 1 800€/an)

¹ Dans les cas spécifiques où la prise en charge de la Sécurité sociale est de 100% (ex : affection de longue durée), les prestations du régime sont augmentées d'un montant équivalent au ticket modérateur

* 225 % BR pour 2016 uniquement et 200 % BR à compter de 2017

	Appareillage dentaire	BR	182%	182%	182%	210%	245%	6,5% du PMSS avec un minimum de 175% de la BR (1)	- de 1 à 5 dents : 30% du PMSS (1) - de 6 à 10 dents : 40% du PMSS (1) - plus de 10 dents : 50% du PMSS (1) remboursements limités à 1 800€/an
Consultation	Consultations – Visites généralistes et spécialistes (CAS)	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	270%
	Consultations – Visites généralistes et spécialistes (non CAS)	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	225% *
Radiologie	Radiologie (CAS)	BR	100%	100%	100%	245%	100%	100%	270%
	Radiologie (non CAS)	BR	100%	100%	100%	225% *	100%	100%	225% *
Actes Spé/Chirurgie	Actes de Spécialités (CAS)	BR	100%	100%	100%	270%	100%	100%	270%
	Actes de Spécialités (non CAS)	BR	100%	100%	100%	225% *	100%	100%	225% *
	Actes Chirurgicaux de ville (CAS)	BR	143,50%	143,50%	143,50%	270%	143,50%	143,50%	270%
	Actes Chirurgicaux de ville (non CAS)	BR	123,50%	123,50%	123,50%	225% *	123,50%	123,50%	225% *
	Cataracte (CAS)	€	/	/	/	250 €	/	/	250 €
Auxiliaires	Auxiliaires médicaux	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	260%
Analyses	Analyses	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	260%
Optique	Optique	BR	Minima du contrat responsable (2)	Minima du contrat responsable (2)	Minima du contrat responsable (2)	Voir tableau ci-dessous	4,5% du PMSS (1) (2)	15% du PMSS (1) (2)	- monture : 4,5% du PMSS - verres-lentilles acceptées par la SS : 15% du PMSS (1) (2)
Prothèses	Audioprothèses	BR	164%	164%	164%	180%	164%	190%	30% du PMSS limitée à 2 appareils par an (1) (2)
	Autres prothèses et orthopédie								
	- <i>Petit appareillage</i>	BR	164%	164%	164%	180%	164%	190%	190%
	- <i>Grand appareillage</i>	BR	260%	260%	260%	260%	260%	300%	300%
Transport	Transport médical accepté par la SS	BR	100%	100%	100%	195%	100%	100%	195%
Prévention	Prévention								
	- <i>Ostéodensitométrie</i>	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	- <i>Dépistage troubles audition</i>	BR	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

BR : Base de remboursement / C.A.S : Contrat d'accès aux soins / FR : Frais réels / PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale / S.S. : Sécurité sociale

(1) Remboursement en sus de la Sécurité sociale

(2) Dans la limite des minima et maxima fixés par la réglementation sur les contrats responsables (cf. article 3d du présent règlement)

* 225 % BR pour 2016 uniquement et 200 % BR à compter de 2017

FRAIS D'OPTIQUE

1 équipement (verres + monture) dont 150€ maximum, pour la monture (1 équipement tous les deux ans à compter du renouvellement, tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) en plus du remboursement S.S.

		1er œil		
		Verre Simple	Verre Complexe	Verre Très Complexe
2ème œil	Verre Simple	100 €	150 €	150 €
	Verre Complexe	150 €	200 €	200 €
	Verre Très Complexe	150 €	200 €	200 €

Lentilles (acceptées par la S.S. /an)

360% BR

Article 6 :

Le présent protocole entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Les signataires s'engagent à effectuer les démarches nécessaires au dépôt légal dudit avenant.

Fait à Paris, le 15 juin 2015.

Pour les organisations d'employeurs

FFSA

GEMA

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

Fédération des employés et cadres
Force Ouvrière

Union Nationale des Syndicats
Autonomes (UNSA)

Fédération Banques-Assurances