

**AVENANT DU 29 NOVEMBRE 2019**  
**A LA CONVENTION COLLECTIVE DES MENSUELS**  
**DES INDUSTRIES DES MÉTAUX DE L'ISERE ET DES HAUTES-ALPES,**  
**RELATIF AU REGIME CONVENTIONNEL COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ**

IDCC : 2221



## **PRÉAMBULE**

Les parties ont mis en place un régime conventionnel minimal de prise en charge complémentaire des frais de santé, par un avenant du 19 octobre 2011 à la convention collective des mensuels des industries des métaux de l'Isère et des Hautes Alpes. Ce régime a fait l'objet de plusieurs avenants modificatifs, tenant en particulier aux réformes et nécessaires mises en conformité successives.

Dans le prolongement de leurs efforts antérieurs pour promouvoir un dialogue social de qualité au bénéfice des entreprises et de leurs salariés, les parties signataires ont souhaité réécrire dans un accord unique, le régime conventionnel existant, tout en intégrant la réforme dite 100% santé qui les oblige à adapter ses garanties à compter du 1er janvier 2020.

Vu l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables ;

Vu le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et le Décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;

Considérant la nécessaire mise en conformité imposée par ces textes ;

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier le régime conventionnel précité par le présent avenant qui remplace et se substitue à l'avenant initial du 19 octobre 2011 et à l'ensemble des avenants modificatifs ultérieurs, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les dispositions du présent avenant s'appliquent en complément du contrat d'assurance qui est conclu entre l'employeur et l'organisme assureur et de la notice d'information remise aux bénéficiaires du régime.

Il est convenu ce qui suit :

### **Article 1 - Objet de l'avenant**

Les dispositions du présent avenant définissent le régime conventionnel de remboursement des frais de santé obligatoire pour les salariés visés à l'article 3.1, à l'exception de ceux visés à l'article 3.2.

Elles répondent aux objectifs suivants :

- Permettre aux salariés visés à l'article 3.1 l'accès à des garanties de protection sociale complémentaire ;
- Mutualiser, au niveau professionnel, le risque maladie et les frais qui peuvent en découler afin de faciliter de tels régimes au niveau des entreprises relevant de la présente convention collective, et ce, sans considération notamment de l'état de santé ou de l'âge de leurs salariés.

Le présent régime respecte les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable et notamment les dispositions légales 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 ;
- Les décrets des 29 septembre 2005 et 1er août 2007 ;
- L'arrêté du 8 juin 2006, fixant les actes de prévention qualifiants pour le contrat responsable.

## **Article 2 - Champ d'application du régime de complémentaire santé**

Le présent régime s'applique aux salariés mensuels visés à l'article 3.1 ci-après, des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention collective territoriale étendue des mensuels des industries des métaux de l'Isère et des Hautes Alpes en date du 1<sup>er</sup> octobre 2001. Il vise à couvrir les frais de santé engagés par les salariés concernés à titre obligatoire.

## **Article 3 - Bénéficiaires de la garantie**

### ***Article 3.1 Bénéficiaires à titre obligatoire***

Les salariés mensuels titulaires d'un contrat de travail avec une entreprise entrant dans le champ d'application de la convention collective précitée, bénéficient obligatoirement d'une couverture au moins égale à la couverture de base conventionnelle, sans condition d'ancienneté et sans considération notamment de l'âge, de l'état de santé ou de la situation de famille.

Toutefois, les salariés qui peuvent justifier des cas dérogatoires prévus à l'article 3.2 ci-dessous peuvent être dispensés d'affiliation obligatoire s'ils le demandent.

### ***Article 3.2 Cas dérogatoires***

Par dérogation au caractère obligatoire, certains salariés peuvent être dispensés d'affiliation au présent régime, à leur initiative et dans tous les cas, sous réserve de fournir à leur employeur un document écrit sur l'honneur permettant de justifier de la dispense, ou tout autre document utile suivant les exigences réglementaires en vigueur.

Sont autorisés les cas dérogatoires ci-dessous listés et en tout état de cause, ceux applicables de plein droit conformément à la législation en vigueur, actuelle et future.

L'employeur devra dans tous les cas se faire remettre, au plus tard dans les 30 jours qui suivent la proposition d'affiliation, un écrit signé par chacun des salariés concernés stipulant leur refus d'affiliation et le motif de dispense. Cet écrit devra comporter la mention que le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Les salariés peuvent à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, leur affiliation au régime conventionnel. Dans ce cas, leur affiliation prend effet le premier jour du mois qui suit leur demande. Cette affiliation est alors irrévocable.

En tout état de cause, ces salariés seront tenus de cotiser et d'adhérer au régime conventionnel lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

### 3.2. a) Facultés de dispenses « de droit »

Conformément à la législation et à la réglementation actuellement en vigueur, sont susceptibles de demander une dispense de droit :

- Les salariés sous contrat à durée déterminée ou contrat de mission dont la durée de couverture au présent régime est inférieure à 3 mois et qui justifient bénéficier d'une couverture santé "responsable" conforme à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale. Cette durée de trois mois s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail ;
- Les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale autorisés par la réglementation, à condition de le justifier chaque année ; à la date de signature du présent avenant, ces dispositifs sont les suivants :
  - Régime collectif et obligatoire d'entreprise (le salarié doit être couvert à titre obligatoire, même en qualité d'ayant droit) ;
  - Régime local Alsace-Moselle ;
  - Régime complémentaire de la CAMIEG (industries électriques et gazières) ;
  - Mutuelles des fonctions publiques d'Etat et des collectivités territoriales (décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011) ;
  - Contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" ;
- Salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé ; la dispense ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- Salariés bénéficiaires de la couverture Complémentaire Santé Solidaire (anciennement CMU-C contributive et ACS) ; la dispense ne vaut que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture.

### 3.2. b) Autres facultés de dispenses au choix

En outre, les partenaires sociaux ont négocié les facultés de dispense suivantes, au bénéfice des salariés relevant du présent avenant.

- Les salariés sous contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission et les apprentis :
  - sans justificatif, s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois ;
  - sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties, s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois.
- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute (seuil apprécié en tenant compte de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire) ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants :
  - le régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
  - la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

## **Article 4 - Garanties facultatives**

### **Article 4.1** *Garanties additionnelles proposées en option*

#### **a) Principe**

Chaque salarié peut améliorer sa couverture frais de santé en optant pour un niveau supérieur de remboursement avec les formules « Additionnel 1 » ou « Additionnel 2 » détaillées dans l'annexe du présent avenant. La cotisation finançant l'amélioration de la couverture frais de santé du salarié au-delà du minimum conventionnel est à la charge exclusive de ce dernier.

Toutefois, l'employeur pourra négocier au sein de son entreprise les conditions d'une éventuelle extension de ces garanties aux ayants-droit des salariés et les conditions de sa participation financière à cette couverture. Cette faculté devra être constatée dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale.

#### **b) Mode de fonctionnement des extensions de garantie**

L'extension de garantie prend effet :

- Au plus tôt, à la date d'affiliation au présent régime lorsque la demande est faite concomitamment ;
- A défaut, au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'extension par l'organisme assureur.

Lorsque le salarié a adhéré à l'extension de garantie, tout changement de formule à la hausse ou à la baisse au-delà de la couverture de base conventionnelle, ne pourra intervenir qu'après un minimum de 2 années dans l'une des formules « additionnel 1 » ou « additionnel 2 ». Le changement prendra effet au 1er janvier de l'année, sous réserve d'en faire la demande à l'organisme assureur au moins 2 mois avant la fin de l'année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Toutefois, en cas de changement de situation de famille (mariage, divorce, Pacs, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint...) ou encore en cas de changement de situation professionnelle du conjoint (embauche, licenciement, changement de statut salarié...), la durée minimum de 2 années est levée et le changement de formule interviendra le premier jour du trimestre civil suivant la demande formulée auprès de l'organisme assureur dans les mêmes conditions que prévues ci-dessus.

Tout changement de garantie concernera le salarié et l'ensemble de ses ayants-droit affiliés par extension facultative telle que prévue à l'article 4.2 ci-après.

En cas de résiliation de l'extension de garantie, aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée durant une période de 4 ans, sauf changement de situation de famille ou de situation professionnelle du conjoint tels que définis ci-dessus.

### **Article 4.2** *Extension des garanties aux ayants droit du salarié*

Le conjoint et les enfants à charge du salarié peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque salarié. Cette extension porte sur le même niveau de garantie que celui choisi par le salarié : « de base », ou « additionnel 1 » ou « additionnel 2 ».

Chaque salarié peut opter pour une extension de la garantie frais de santé à :

- Son conjoint ;
- Ses enfants.

La notion de conjoint et enfants à charge est définie respectivement aux articles 5.1 et 5.2 du présent avenant. Concernant les personnes couvertes à titre facultatif, les droits à garanties sont ouverts au plus tôt :

- A la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l’affiliation de ce dernier ;
- A la date de l’évènement en cas de demande d’affiliation à la suite d’un mariage, Pacs, concubinage ou en cas de naissance ou d’adoption ;
- Au premier jour du mois qui suit la date de réception par l’organisme assureur de la demande d’extension, dans les autres cas que ceux prévus ci-dessus.

En tout état de cause, les personnes couvertes à titre facultatif par l’extension du régime bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

En cas de désaffiliation du conjoint et/ou des enfants, aucune nouvelle demande d’affiliation ne sera acceptée durant un délai de 4 ans, sauf changement de situation de famille ou de situation professionnelle du conjoint tels que définis à l’article 4.1 ci-dessus.

La cotisation finançant l’extension de la garantie frais de santé aux ayants droit est à la charge exclusive du salarié.

Toutefois, l’employeur pourra négocier au sein de son entreprise les conditions d’une éventuelle participation financière à la couverture complémentaire santé des ayants droit de ses salariés. Cette faculté devra être constatée dans un acte juridique interne à l’entreprise, relevant de l’article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale.

Dès lors que la couverture des ayants-droit est facultative, il est rappelé que la participation financière de l’employeur au-delà du régime obligatoire des salariés est soumise à charges sociales et doit être intégrée dans l’assiette du salaire imposable du salarié, en application des règles en vigueur à la date de signature du présent avenant.

## **Article 5 - Définition du conjoint et des enfants à charge**

### **Article 5.1 Conjoint**

Est considéré comme conjoint :

- L’époux ou l’épouse du salarié non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
- Le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- Le concubin du salarié au sens de l’article 515-8 du code civil, lorsqu’à la date de la demande d’affiliation, le concubin peut justifier d’une communauté de vie d’au moins 2 ans et/ou qu’un enfant commun soit né de leur union. Le (la) concubin(e) n’est pas assimilé(e) au conjoint lorsque l’un ou l’autre des concubins est par ailleurs marié à un tiers ou lié à un tiers par un pacte civil de solidarité.

### **Article 5.2 Enfants à charge**

Sont à charge, les enfants répondant à la définition suivante :

- Les enfants de moins de 21 ans à charge du salarié ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation sécurité sociale et, par extension :
- Les enfants de moins de 26 ans à charge du salarié au sens de la législation fiscale, à savoir :
  - Les enfants du salarié, de son conjoint ou de son concubin pris en compte dans le calcul du quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;

- Les enfants du salarié auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global ;
- Quel que soit leur âge, et sauf déclaration personnelle de revenus, les enfants infirmes (c'est-à-dire hors d'état de subvenir à leurs besoins en raison notamment de leur invalidité) au sens de la législation fiscale définie ci-après :
  - Pris en compte dans le calcul du quotient familial ;
  - OU
  - Ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable ;
  - OU
  - Bénéficiaires d'une pension alimentaire que le participant est autorisé à déduire de son revenu imposable.

### **Article 6 - Portabilité des droits : maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge du régime d'assurance chômage**

Depuis le 1er juin 2014, les salariés affiliés au régime conventionnel de frais de santé bénéficient du maintien de la garantie en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à une indemnisation du régime d'assurance chômage, et ce dans les conditions fixées par l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Le financement de ce dispositif est inclus dans la cotisation acquittée au titre des salariés en activité.

Il appartient à l'ancien salarié de justifier, auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de la garantie, qu'il remplit les conditions requises ; de plus, il est rappelé que l'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail.

Ce dispositif de maintien est également applicable aux ayants droit du salarié, lorsque ceux-ci bénéficient effectivement d'une extension de la garantie frais de santé, par l'intermédiaire du contrat collectif souscrit à cet effet par l'employeur.

En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des assurés bénéficiant de ce dispositif seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

La suspension des allocations du régime d'assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien, qui ne sera pas prolongée d'autant. Il appartient à l'ancien salarié d'informer l'assureur en cas de changement de situation auprès de Pôle emploi.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de maintien relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

### **Article 7 - Tableau des garanties**

Les garanties du présent régime, prévues en annexe au présent avenant, sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale française en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elles seront revues en cas d'évolution de la réglementation.

Sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans les tableaux de garanties.

La date des soins prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la sécurité sociale ou celle mentionnée sur les factures pour les actes ne donnant pas lieu à remboursement de la part de la sécurité sociale.

Les garanties du régime de base conventionnel (obligatoire) intègrent les remboursements des régimes de base de la sécurité sociale.

Les garanties des régimes additionnels 1 et 2 (facultatifs) sont exprimées en complément des prestations versées par la sécurité sociale et du régime de base conventionnel visé ci-dessus.

Les trois niveaux de garanties précédemment visés sont présentés dans les tableaux annexés au présent avenant.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées et dûment justifiées.

## **Article 8 - Exclusions**

Ne donnent pas lieu à remboursement les frais de soins :

- Engagés hors de France. Toutefois, si la caisse de sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par les organismes assureurs sur la base de remboursement utilisé par la sécurité sociale et selon les garanties couvrant le bénéficiaire concerné ;
- Non remboursés par les régimes de base de la sécurité sociale, sauf ceux prévus expressément dans les tableaux de garantie ;
- Ne figurant pas à la nomenclature générale des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- Qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique.

Sont également exclus des remboursements du présent régime :

- Les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ;
- La majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 du code la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires 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 montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

## **Article 9 - Conditions de suspension des garanties**

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Toutefois, les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une période de maladie, de maternité ou d'accident au titre de laquelle ils bénéficient soit d'un maintien de salaire, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers. Dans ce cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser

la cotisation correspondant au régime « de base » conventionnel et le cas échéant, le salarié s'acquittera de la cotisation correspondant aux régimes « additionnel 1 » ou « additionnel 2 » ainsi que de celle relative à l'extension de la garantie frais de santé aux ayants droit.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient au dernier jour du mois de la date de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que l'organisme assureur en soit informé dans un délai de 3 mois suivant la reprise. A défaut, la garantie ne prendra effet qu'à compter de la réception par les organismes assureurs de la déclaration faite par l'entreprise.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné. Pour autant, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande du salarié, via l'entreprise adhérente, au profit des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors du cas de maintien mentionné ci-dessus. Dans ce cas, la garantie sera accordée moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime à la charge exclusive du salarié concerné. Les cotisations sont réglées par ce dernier directement à l'organisme assureur.

## **Article 10 - Conditions de cessation des garanties**

Pour le salarié mensuel et les éventuels bénéficiaires, les garanties cessent :

- En cas de rupture du contrat de travail du salarié, excepté pour les bénéficiaires visés par les dispositions prévues à l'article 6 « Portabilité des droits » du présent avenant ;
- A la date à laquelle le salarié n'appartient plus à la catégorie du personnel définie à l'article 3.1 du présent avenant.

Dans tous les cas, les garanties sont maintenues jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel est effectué le dernier précompte de la cotisation salariale.

## **Article 11 - Prescription**

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées au présent régime notamment les demandes de prestations sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L. 932-13 du code de la sécurité sociale.

## **Article 12 - Recours contre les tiers responsables**

En cas de paiement des prestations par les organismes assureurs à l'occasion d'un accident comportant un tiers responsable, ceux-ci sont subrogés au bénéficiaire des prestations dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses qu'il a supportées, conformément aux dispositions légales.

## **Article 13 - Cotisations du régime de base conventionnel**

### **Article 13.1 Répartition de la cotisation**

Les cotisations servant à financer le régime conventionnel obligatoire sont réparties comme suit :

- 50 % pour l'employeur ;
- 50 % pour le salarié.



Les cotisations afférentes aux garanties facultatives (additionnelles et extension conjoint – enfant) sont entièrement à la charge du salarié, ou de son conjoint.

Néanmoins, les entreprises relevant du champ d'application de la présente convention collective peuvent négocier et mettre en place à leur initiative et dans le respect des procédures prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale :

- Une répartition plus favorable au salarié pour la couverture du régime minimum conventionnel ;
- Un régime obligatoire en complément du régime minimum conventionnel, reprenant le contenu d'un des régimes additionnels avec des modalités de contributions différentes de celles du régime conventionnel. Dans ce cas, le montant de cotisation à la charge de l'employeur sera nécessairement plus élevé que celui prévu par le présent régime minimum conventionnel.

Ces facultés devront être constatées dans un acte juridique interne à l'entreprise, relevant de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale.

### **Article 13.2** *Obligation des entreprises adhérentes, adhésion, affiliation et paiement des cotisations*

#### **a) Adhésion, affiliation**

Afin d'adhérer au régime, l'entreprise concernée devra retourner à l'organisme assureur le bulletin d'adhésion, qui lui aura été adressé par ledit organisme, dûment complété, daté et signé.

Elle devra obligatoirement affilier l'ensemble de ses salariés appartenant à la catégorie définie à l'article 3.1, sauf cas dérogatoires prévues à l'article 3.2.

L'entreprise devra remettre à chaque salarié concerné la notice d'information établie et délivrée par l'organisme assureur afin de lui faire connaître ses droits et obligations, ainsi que les caractéristiques du présent régime.

#### **b) Déclarations**

Les déclarations faites tant par l'entreprise adhérente que par le salarié servent de base à la mise en œuvre des garanties.

L'organisme assurant la gestion des garanties se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées.

#### **c) Paiement des cotisations**

L'entreprise adhérente est seule responsable du paiement de la totalité des cotisations du régime de base, y compris les parts salariales précomptées sur les salaires des salariés.

Les cotisations afférentes aux régimes optionnels, à la charge exclusive du salarié, sont réglées par ce dernier directement à l'organisme assureur.

### **Article 14 - Date d'effet et durée de l'avenant**

Les dispositions du présent avenant prennent effet le 1er janvier 2020 pour une durée indéterminée.

### **Article 15 – Rendez-vous, Suivi, Révision et Dénonciation de l'avenant**

En raison de la durée indéterminée du présent accord, les parties à la négociation s'engagent, conformément à l'article L. 2222-5-1 du code du travail, à se donner rendez-vous et à suivre le régime modifié par le présent accord. Ce rendez-vous et ce suivi devront se faire a minima une fois par an.

Le présent avenant pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires dans les conditions visées aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et suivants code du travail.

Il pourra également être dénoncé par tout ou partie des signataires moyennant le respect d'un préavis de 6 mois. Les modalités de dénonciation sont fixées aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du code du travail. Une nouvelle négociation pourra intervenir dans les conditions prévues à l'article L. 2261-10 du code du travail.

### **Article 16 – Entreprises de moins de 50 salariés**

Considérant la composition de la branche constituée pour sa plus grande part d'entreprises de moins de 50 salariés, et au regard des dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de 50 salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

### **Article 17 - Formalités administratives**

Le présent avenant est établi en nombre suffisant d'exemplaires pour sa remise à chacune des organisations signataires et pour l'accomplissement des formalités administratives utiles.

Le présent avenant sera notifié, à l'initiative de la partie la plus diligente, à l'ensemble des organisations représentatives, et fera l'objet des formalités de publicité et dépôt, conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les parties signataires conviennent, à l'initiative de la plus diligente, de demander au Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, l'extension du présent avenant en application des articles L. 2261-15 et suivants du Code du Travail.

Fait à Grenoble, le 29 novembre 2019.

# ANNEXE I : TABLEAUX DES GARANTIES

## REGIME DE BASE

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour, salle d'opération		150% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		130% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			
Chambre particulière		60€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		60€ par jour	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	100% BR

<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>NATURE DES FRAIS</b>	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION</b>	
	<b>CONVENTIONNE</b>	<b>NON CONVENTIONNE</b>
<b>Honoraires médicaux :</b>		
<b>► remboursés SS</b>		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	135% BR 115% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	150% BR 130% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR
<b>► non remboursés SS</b>		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		<b>25€ par acte, limité à 4 actes par année civile</b>
<b>Honoraires paramédicaux</b>		
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		<b>100 % BR</b>
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		<b>100% BR</b>
<b>Médicaments :</b>		
<b>► remboursés SS</b>		<b>100% BR</b>
<b>Pharmacie (hors médicaments) :</b>		
<b>► remboursée SS</b>		<b>100% BR</b>
<b>► non remboursée SS</b>		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits (sur présentation de facture)		<b>100% FR</b>
<b>Matériel médical</b>		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique) (sur présentation de facture)		<b>RSS + Crédit de 600€ par année civile</b>
<b>Actes de prévention remboursés SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation (sur présentation de facture)		<b>100 % BR</b>
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>NATURE DES FRAIS</b>	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION</b>	
	<b>CONVENTIONNE</b>	<b>NON CONVENTIONNE</b>
<b>JUSQU'AU 31.12.2020 :</b>		
<b>Aides auditives remboursées SS :</b>		
Aides auditives		<b>RSS + Crédit annuel de 1000€</b>
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)		<b>100% BR</b>

<b>A COMPTER DU 01.01.2021 :</b>	
<b>Equipements 100 % Santé (**):</b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (***)
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	
<b>Equipements libres (****):</b>	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 <sup>ème</sup> anniversaire	<b>1240€ (****)</b>
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 <sup>ème</sup> anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	<b>1700€ (****)</b>
<b>Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)</b>	<b>100% BR</b>

(\*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018.

(\*\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, **par période de 4 ans** suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(\*\*\*\*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

<b>DENTAIRE</b>		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Soins et prothèses 100 % Santé (*)</b>		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
<b>Prothèses</b>		
<b>► Panier maîtrisé (**)</b>		
Inlay, onlay	300% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	300% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR dans la limite des HLF	
<b>► Panier libre (****)</b>		
Inlay, onlay	300% BR	
Inlay core	300% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	300% BR	
<b>Soins</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	<b>100% BR</b>	
<b>Autres actes dentaires remboursés SS</b>		
Orthodontie remboursée SS	<b>250% BR</b>	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	<b>260% BR</b>	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	<b>Crédit de 300€ par année civile</b>	
Orthodontie	<b>250% BR</b>	

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

<b>OPTIQUE</b>		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Equipements 100 % Santé (*) :</b>		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
<b>Equipements libres (***) :</b>		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100€	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
<b>Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B</b>		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	<b>100% BR</b>	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	<b>100% BR + Crédit de 180€ par paire</b>	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	<b>Crédit de 180€ par année civile</b>	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	<b>Crédit de 150€ par année civile</b>	

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
  - glaucome ;
  - hypertension intraoculaire isolée ;
  - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
  - rétinopathie diabétique ;
  - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
  - cataracte évolutive à composante réfractive ;
  - tumeurs oculaires et palpébrales ;
  - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
  - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
  - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
  - kératocône évolutif ;
  - kératopathies évolutives ;
  - dystrophie cornéenne ;
  - amblyopie ;
  - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ;
  - antipaludéens de synthèse ;
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

#### Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (y compris RSS)
			Adulte et enfant
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	70 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	100 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	70 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	70 €
		SPH > 0 et S > + 6	70 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	70 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	100 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	90 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	90 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	150 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	150 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	150 €
		SPH > 0 et S > + 8	150 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	150 €

(\*) Le verre neutre est compris dans cette classe.



<b>AUTRES FRAIS</b>	
<b>NATURE DES FRAIS</b>	<b>NIVEAUX D'INDEMNISATION</b>
<b>Cure thermale remboursée SS :</b>	
Frais de traitement et honoraires	<b>100% BR</b>
Frais de voyage et hébergement	<b>RSS + Forfait de 250€</b>
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	<b>450€</b>

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

## REGIME « ADDITIONNEL 1 »

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et du régime de Base conventionnel dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour, salle d'opération		+ 50% BR	
Forfait journalier hospitalier		-	
<b>Honoraires :</b>			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :	+ 35% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)	Non adhérents DPTM :	+ 35% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)			
Autres honoraires			

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Honoraires médicaux :</b>			
<b>► remboursés SS</b>			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 35% BR	
	Non adhérents DPTM :	+ 15% BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 35% BR	
	Non adhérents DPTM :	+ 35% BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :	+ 35% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM :	+ 35% BR	

<b>DENTAIRE</b>		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Prothèses</b>		
<b>► Panier maîtrisé (**)</b>		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+50% BR dans la limite des HLF	
<b>► Panier libre (***)</b>		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+50% BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+ 50% BR	
Parodontologie	<b>Crédit de 200€ par année civile</b>	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	<b>Crédit de + 200€ par année civile</b>	
Orthodontie	+50% BR	

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

<b>OPTIQUE</b>		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Equipements libres (***) :</b>		
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	<b>Crédit annuel de + 50€ par paire, par bénéficiaire</b>	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	<b>Crédit annuel de + 50€ par bénéficiaire</b>	

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

(\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
  - glaucome ;
  - hypertension intraoculaire isolée ;
  - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
  - rétinopathie diabétique ;
  - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
  - cataracte évolutive à composante réfractive ;
  - tumeurs oculaires et palpébrales ;
  - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
  - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
  - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
  - kératocône évolutif ;
  - kératopathies évolutives ;
  - dystrophie cornéenne ;
  - amblyopie ;
  - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ;
  - antipaludéens de synthèse ;
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

#### Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre
			Adulte et enfant
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 12 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 17 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 12 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 12 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 12 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 12 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 17 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 19 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 19 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 26 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 26 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 26 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 26 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 26 €

(\*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
<b>Cure thermale remboursée SS :</b>	
Frais de voyage et hébergement	<b>Forfait de + 50€</b>
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	<b>+ 50€</b>

## REGIME « ADDITIONNEL 2 »

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la Sécurité Sociale et du régime de Base conventionnel dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

### ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour, salle d'opération		+ 50% BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)		+ 70% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)		+ 70% BR	
Autres honoraires		+ 70% BR	
Chambre particulière		+ 5€ par jour	

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85% BR	
		+ 65% BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85% BR	
		+ 85% BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+ 85% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)		+ 70% BR	

► non remboursés SS	
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+ 80€ par acte, limité à 4 actes par année civile

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Prothèses</b>		
► <b>Panier maîtrisé (**)</b>		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+100% BR dans la limite des HLF	
► <b>Panier libre (***)</b>		
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+100% BR	
<b>Actes dentaires non remboursés SS</b>		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+ 150% BR	
Parodontologie	Crédit de 200€ par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de + 200€ par année civile	
Orthodontie	+150% BR	

(\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.

(\*\*\*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
<b>Equipements libres (***) :</b>		
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	+ Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
<b>Autres dispositifs médicaux d'optique</b>		
Lentilles acceptées par la SS	Crédit annuel de + 100€ par paire, par bénéficiaire	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit annuel de + 100€ par bénéficiaire	

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part,

(\*\*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
  - glaucome ;
  - hypertension intraoculaire isolée ;
  - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
  - rétinopathie diabétique ;
  - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
  - cataracte évolutive à composante réfractive ;
  - tumeurs oculaires et palpébrales ;
  - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
  - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
  - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
  - kératocône évolutif ;
  - kératopathies évolutives ;
  - dystrophie cornéenne ;
  - amblyopie ;
  - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;



- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
  - corticoïdes ;
  - antipaludéens de synthèse ;
  - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. Dans ce cas, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

#### Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verr
			Adulte et enfant
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 24 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 34 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 24 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 24 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 24 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 24 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 34 €
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 37 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 37 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 53 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 53 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 53 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 53 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 53 €

(\*) Le verre neutre est compris dans cette classe.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
<b>Cure thermale remboursée SS :</b>	
Frais de voyage et hébergement	<b>Forfait de + 100€</b>
<b>Forfait maternité</b>	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	<b>+ 100€</b>