

Brochure n° 3275

Convention collective nationale
IDCC : 1790. – ESPACES DE LOISIRS,
D'ATTRACTIONS ET CULTURELS

AVENANT N° 53 DU 23 NOVEMBRE 2015
RELATIF AU RÉGIME DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1650009M

IDCC : 1790

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre en conformité le régime frais de santé tel que défini à l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 avec le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Article 1^{er}

Modification de l'article 4 de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013

L'article 4 de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 applicable pour les entreprises relevant de la convention nationale des espaces de loisirs, d'attractions et culturels est ainsi modifié :

« Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux articles L. 871-1 et L. 242-1, alinéas 6 et 8, du code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83, 1^{o quater}, et 1001, 2^o, du code général des impôts, et des décrets pris en application de ces dispositions.

Les garanties mises en œuvre par le présent accord sont les suivantes.

Garanties à effet du 1^{er} janvier 2016

Base salariés et ayants droit

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous incluent les remboursements versés par la sécurité sociale. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximale définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		200% BR
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	200% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	180% BR
Autres honoraires		
Chambre particulière*	40€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30€ par jour	Néant
*Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jour par année civiles en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		
Transport remboursé SS		
Transport		100% BR
Actes médicaux		
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	140% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	120% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	190% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	170% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	170% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	150% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	190% BR
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	170% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Analyses		100% BR
Actes médicaux non remboursés SS		
Densitométrie osseuse		Néant

Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie	100% BR
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins	Néant
Sevrage tabagique	Néant
Contraception prescrite	Néant
Appareillages remboursés SS	
Prothèses auditives	265% BR
Orthopédie & autres prothèses	135% BR

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		100% BR
Inlay simple, Onlay		220% BR
Prothèses dentaires**		270% BR
Inlay core et inlay à clavettes**		270% BR
Orthodontie**		200% BR
**limité à un plafond annuel de 500€ les 24 premiers mois d'affiliation puis à un plafond annuel de 1000€ les années suivantes. Au-delà de ces plafonds, la garantie appliquée est celle du décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (125% BR).		
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)		Néant
Prothèses dentaires (2)		Néant
Implants dentaires (3)		Néant
Orthodontie		Néant

(1) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

Equipeement optique

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de

l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	RSS+ 95€
Monture enfant	RSS + 75€
Verres	RSS + Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 100€ sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 100€ sur 2 années civiles consécutives

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	45€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	90€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	CORRECTION		< à -10 ou > à +10	90€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	45€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	105€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	FORTE		de -6 à +6	105€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	CORRECTION		< à -6 et > à +6	105€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	135€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	120€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	135€

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	45€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	62,50€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	62,50€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	45€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	65€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	65€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	65€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	120€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	135€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	120€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	135€

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermique remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		Néant
Frais de voyage et hébergement		Néant
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		300€
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, étiopathie, ostéopathie, (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		Néant
Actes de prévention		
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006 (voir liste ci-dessous)		100% BR

-
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
 - Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
 - Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
 - Dépistage de l'hépatite B
 - Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit
 - d) Audiométrie tonale et vocale
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
 - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
 - Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.
-

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

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)

Option 1

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous complètent les remboursements versés par la sécurité sociale et ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximale définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

(Voir tableau pages suivantes.)

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Frais de séjour		Néant	
Forfait hospitalier engagé		Néant	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	30% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	20% BR	
Autres honoraires			
Chambre particulière*	15€ par jour	Néant	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	15€ par jour	Néant	
*Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jour par année civiles en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.			
Transport remboursé SS			
Transport		Néant	
Actes médicaux			
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	30% BR	
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	30% BR	
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	30% BR	
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	30% BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	50% BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	50% BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	50% BR	
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	30% BR	
Auxiliaires médicaux		Néant	
Analyses		Néant	
Actes médicaux non remboursés SS			
Densitométrie osseuse		Crédit de 20€ par année civile	

Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie	Néant
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins	Crédit de 20€ par année civile
Sevrage tabagique	Néant
Contraception prescrite	Néant
Appareillages remboursés SS	
Prothèses auditives	30% BR
Orthopédie & autres prothèses	30% BR

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		Néant
Inlay simple, Onlay		100% BR
Prothèses dentaires		30% BR
Inlay core et inlay à clavettes		30% BR
Orthodontie		25% BR

Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)		Néant
Prothèses dentaires (2)		Néant
Implants dentaires (3)		Néant
Orthodontie		Néant

(1) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

Equipeement optique

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	35€
Monture enfant	15€
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 100€ sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 100€ sur 2 années civiles consécutives

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	15€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	40€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté	CORRECTION		< à -10 ou > à +10	40€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	15€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	55€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	FORTE	Cylindre > à 4	de -6 à +6	55€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté	CORRECTION		< à -6 et > à +6	55€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	30€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	40€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	30€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	40€

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	15€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	25€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	25€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	15€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	35€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	35€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	35€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	30€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	40€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	30€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	40€

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		100% BR
Frais de voyage et hébergement		100€
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		Néant
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants		20€ par acte limité à 4 actes par année civile
(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		
Actes de prévention		
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006 (voir liste ci-dessous)		Néant

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit
 - d) Audiométrie tonale et vocale
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

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)

Option 2

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous complètent les remboursements versés par la sécurité sociale et ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximale définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

(Voir tableau pages suivantes.)

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		Néant
Forfait hospitalier engagé		Néant
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	80% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	20% BR
Autres honoraires		
Chambre particulière*	20€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	20€ par jour	Néant
*Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jour par année civiles en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		
Transport remboursé SS		
Transport		Néant
Actes médicaux		
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	80% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	80% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	80% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	30% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	100% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	80% BR
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	30% BR
Auxiliaires médicaux		Néant
Analyses		Néant
Actes médicaux non remboursés SS		
Densitométrie osseuse		Crédit de 30€ par année civile

Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie	Néant
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins	Crédit de 30€ par année civile
Sevrage tabagique	Néant
Contraception prescrite	Néant
Appareillages remboursés SS	
Prothèses auditives	80% BR
Orthopédie & autres prothèses	80% BR

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		Néant
Inlay simple, Onlay		200% BR
Prothèses dentaires		80% BR
Inlay core et inlay à clavettes		200% BR
Orthodontie		50% BR
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)		Néant
Prothèses dentaires (2)		Néant
Implants dentaires (3)		Néant
Orthodontie		Néant

(1) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

Equipelement optique

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	55€
Monture enfant	35€
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 150€ sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 150€ sur 2 années civiles consécutives

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	35€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	60€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	60€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	35€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	75€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	75€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	75€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	50€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	60€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	50€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	60€

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	35€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	45€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	45€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	35€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	55€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	55€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	55€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	50€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	60€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	50€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	60€

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermique remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		150% BR
Frais de voyage et hébergement		200€
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		Néant
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants		30€ par acte limité à 4 actes par année civile
(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		
Actes de prévention		
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006 (voir liste ci-dessous)		Néant

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit
 - d) Audiométrie tonale et vocale
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

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)

Option 3

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous complètent les remboursements versés par la sécurité sociale et ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident du travail/maladie professionnelle et maternité. Ils ne peuvent en aucun cas dépasser la totalité des frais laissés à charge de l'assuré après remboursement de la sécurité sociale et de tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé. Le respect des règles de prise en charge maximale définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est apprécié eu égard à l'ensemble des prises en charge déjà effectuées par la sécurité sociale, par tout autre éventuel contrat complémentaire frais de santé et le présent contrat.

(Voir tableau pages suivantes.)

Hospitalisation et soins externes

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour		Néant
Forfait hospitalier engagé		Néant
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	130% BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non adhérent CAS :	20% BR
Autres honoraires		
Chambre particulière*	30€ par jour	Néant
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	30€ par jour	Néant
*Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jour par année civiles en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		
Transport remboursé SS		
Transport		Néant
Actes médicaux		
Généralistes	Médecin adhérent CAS :	180% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	80% BR
Spécialistes	Médecin adhérent CAS :	150% BR
(Consultations et visites)	Non adhérent CAS :	30% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent CAS :	200% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérent CAS :	50% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent CAS :	130% BR
Actes d'échographie (ADE)	Médecin non adhérent CAS :	30% BR
Auxiliaires médicaux		Néant
Analyses		Néant
Actes médicaux non remboursés SS		
Densitométrie osseuse		Crédit de 40€ par année civile

Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Néant
Pharmacie remboursée SS	
Pharmacie	Néant
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins	Crédit de 40€ par année civile
Sevrage tabagique	Néant
Contraception prescrite	Néant
Appareillages remboursés SS	
Prothèses auditives	130% BR
Orthopédie & autres prothèses	130% BR

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires		Néant
Inlay simple, Onlay		300% BR
Prothèses dentaires		130% BR
Inlay core et inlay à clavettes		300% BR
Orthodontie		100% BR
Dentaire non remboursé SS		
Parodontologie (1)		Néant
Prothèses dentaires (2)		Néant
Implants dentaires (3)		Néant
Orthodontie		Néant

(1) La garantie parodontologie ne comprend pas les actes réalisés dans le cadre de traitement implantaire, prothétique ou endodontique.

(2) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

- Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel.
- Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171.
- Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(3) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

Equipement optique

Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.

(Voir tableau pages suivantes.)

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Monture adulte	55€
Monture enfant	65€
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de 200€ sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200€ sur 2 années civiles consécutives

Adulte (> ou = 18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2203240 : verre blanc 2287916 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	55€
2280660 : verre blanc 2282793 : verre blanc 2263459 : verre teinté 2265330 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	80€
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	80€
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	55€
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre > à 4	< à -6 et > à +6	95€
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté	FORTE CORRECTION		de -6 à +6	95€
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< à -6 et > à +6	95€
2290396 : verre blanc 2291183 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	80€
2245384 : verre blanc 2295198 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	90€
2227038 : verre blanc 2299180 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	80€
2202239 : verre blanc 2252042 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	90€

Enfant (<18 ans) Code LPP	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de verre
2261874 : verre blanc 2242457 : verre teinté	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	55€
2243540 : verre blanc 2297441 : verre teinté 2243304 : verre blanc 2291088 : verre teinté	UNIFOCAUX FORTE CORRECTION		de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	65€
2273854 : verre blanc 2248320 : verre teinté			< à -10 ou > à +10	65€
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	UNIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	55€
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	UNIFOCAUX		< à -6 et > à +6	75€
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté	FORTE CORRECTION	Cylindre > à 4	de -6 à +6	75€
2245036 : verre blanc 2206800 : verre teinté			< à -6 et > à +6	75€
2259245 : verre blanc 2264045 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Sphérique	de -4 à +4	80€
2238792 : verre blanc 2202452 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -4 ou > à +4	90€
2240671 : verre blanc 2282221 : verre teinté	MULTIFOCAUX	Tout Cylindre	de -8 à +8	80€
2234239 : verre blanc 2259660 : verre teinté	MULTIFOCAUX FORTE CORRECTION		< à -8 ou > à +8	90€

Autres garanties

NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Cure thermale remboursée SS		
Frais de traitement et honoraires		270% BR
Frais de voyage et hébergement		300€
Maternité		
Naissance d'un enfant déclaré (4)		100€
Médecines hors nomenclature		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants		40€ par acte limité à 4 actes par année civile
(si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)		
Actes de prévention		
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006 (voir liste ci-dessous)		Néant

- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans
- Détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit
 - d) Audiométrie tonale et vocale
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans
- Vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

(4) Cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré.

ABREVIATIONS :

CAS : Médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins

PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.

FR : Frais réels engagés par l'assuré.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

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)

Article 3

Date d'effet. – Dépôt. – Extension

Le présent avenant prend effet au 1^{er} janvier 2016.

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à la « Négociation collective. – Conventions et accords collectifs du travail » (livre deuxième de la partie II). Le présent avenant est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

Les parties signataires conviennent 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 afin de le rendre applicable à l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

Fait à Paris, le 23 novembre 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

Organisation patronale :

SNELAC.

Syndicats de salariés :

CGT-FO ;

FS CFDT ;

INOVA CFE-CGC.