

Brochure n° 3275

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

AVENANT N° 59 DU 15 FÉVRIER 2018
PORTANT MODIFICATION DE L'AVENANT N° 45
INSTITUANT UN RÉGIME DE REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTÉ
ET CRÉATION D'UNE ANNEXE V

NOR : ASET1850483M
IDCC : 1790

Entre :
SNDLL ;
SNELAC,

D'une part, et
CGT-FO ;
UNSA ;
FS CFDT ;
INOVA CFE-CGC,
CGT FCS ;
CFTC spectacle,

D'autre part,
il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux, réunis en commission paritaire, décident de faire évoluer le régime de frais de santé obligatoire mis en place par l'avenant n° 45 du 28 juin 2013.

Le présent avenant a pour objet d'entériner les modifications apportées au régime frais de santé de la convention collective nationale espaces de loisirs, d'attractions et culturels par :

- la mise en place d'un taux d'appel sur le taux contractuel de la cotisation « famille hors conjoint non à charge sécurité sociale » ;
- le remplacement du CAS (contrat d'accès aux soins) par l'OPTAM/OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie et obstétrique) conformément aux dispositions de la convention médicale du 25 août 2016. Ces nouveaux dispositifs sont visés par

le cahier des charges du contrat responsable défini aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale sous le terme commun de « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ».

Article 1^{er}

Cotisations

L'article 5 de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 intitulé « Cotisations », est modifié comme suit :

« I. – Taux d'appel

Un taux d'appel minorant le taux contractuel de la cotisation est instauré. En conséquence, les taux de cotisation sont modifiés comme suit :

A. – À compter du 1^{er} janvier 2018, le taux de 1,20 % PMSS sera appelé à hauteur de 90 %. Soit 1,08 % PMSS (répartie à hauteur du 50 % pour l'employeur et à hauteur de 50 % pour le salarié).

RÉGIME GÉNÉRAL	
Destinataires	Taux de cotisation
Famille hors conjoint non à charge sécurité sociale	1,08 % PMSS

B. – À compter du 1^{er} janvier 2018, le taux de 0,74 % PMSS sera appelé à hauteur de 90 %. Soit 0,67 % PMSS (répartie à hauteur du 50 % pour l'employeur et à hauteur de 50 % pour le salarié).

RÉGIME ALSACE MOSELLE	
Destinataires	Taux de cotisation
Famille hors conjoint non à charge sécurité sociale	0,67 % PMSS

La cotisation du régime frais de santé est fixée en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Ces taux sont établis sur la base de la législation et de la réglementation (notamment sociale et fiscale) en vigueur au moment de la date d'effet du présent avenant. Ils seront éventuellement revus en cas de changement de ces textes.

Au vu de la présentation des comptes de résultat et de l'équilibre du régime, les taux de cotisation seront examinés annuellement. »

Article 2

Garanties

L'article 4 de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 intitulé « Garanties », est modifié comme suit à compter du 1^{er} janvier 2018 :

Régime de base

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 de 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 maximales 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.

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
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) Actes d'anesthésie (ADA)	Médecin signataire de l'OPTAM/ OPTAM-CO :	200 % BR
Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Médecin non signataire de l'OP- TAM/OPTAM-CO :	180 % BR
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 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		
Transport remboursé sécurité sociale		
Transport		100 % BR
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO :	140 % BR
	Médecin non signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO :	120 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO :	190 % BR
	Médecin non signataire de l'OP- TAM/OPTAM-CO :	170 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin signataire de l'OPTAM / OPTAM-CO :	170 % BR
	Médecin non signataire de l'OP- TAM/OPTAM-CO :	150 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin signataire de l'OPTAM (*) / OPTAM-CO :	190 % BR
	Médecin non signataire de l'OP- TAM/OPTAM-CO :	170 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	
Analyses	100 % BR	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale		
Pharmacie	100 % BR	
Appareillages remboursés par la sécurité sociale		
Prothèses auditives	265 % BR	
Orthopédie et autres prothèses	135 % BR	

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Dentaire remboursé par la sécurité sociale		
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 1 000 € les années suivantes. Au-delà de ces plafonds, la garantie appliquée est celle du décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (125 % BR).		

Équipement 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.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

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'art. 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.

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 sécurité sociale	100 % BR + crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives
Maternité	
Naissance d'un enfant déclaré	300 €
Actes de prévention	
Conformément aux dispositions de l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BR

Abréviations :

OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique. Elles remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS).

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).

Les grilles optiques du régime de base

ADULTE (> ou = 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	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 correction		de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	90 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< 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 forte correction		< à – 6 et > à + 6	105 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de – 6 à + 6	105 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< 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	SPHÈRE	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 €

ENFANT (<18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE DE VERRE
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	45 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction		< à - 6 et > à + 6	65 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		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 €

Régime option 1

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous complètent aux remboursements versés par la sécurité sociale et à ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de 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 maximales 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.

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	Néant	
Forfait hospitalier engagé	Néant	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non signataire de l'OPTAM/OP-TAM-CO :	20 % BR
Autres honoraires		
Chambre particulière (*)	15 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	15 € par jour	
(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 30 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Actes médicaux		
Généralistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	50 % BR
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	50 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	50 % BR
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR
Auxiliaires médicaux	Néant	
Analyses	Néant	
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale		
Densitométrie osseuse	Crédit de 20 € par année civile	
Pharmacie non remboursée par la sécurité sociale		
Vaccins	Crédit de 20 € par année civile	
Appareillages remboursés par la sécurité sociale		
Prothèses auditives	30 % BR	
Orthopédie et autres prothèses	30 % BR	
Dentaire remboursé par la sécurité sociale		
Inlay simple, Onlay	100 % BR	
Prothèses dentaires	30 % BR	
Inlay core et inlay à clavettes	30 % BR	
Orthodontie	25 % BR	

Équipement 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 2 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.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

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'art. 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.

Monture adulte	35 €
Monture enfant	15 €
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 100 € sur 2 années civiles consécutives
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	100 €
Médecines hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	20 € par acte limité à 4 actes par année civile
<p>Abréviations :</p> <p>OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique. Elles remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS).</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>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.</p> <p>TM : ticket modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).</p>	

Les grilles optiques du régime option 1

ADULTE (> ou = 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	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 correction		de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	40 €
2235776 : verre blanc 2295896 : verre teinté			< à – 10 ou > à + 10	40 €

ADULTE (> ou = 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE DE VERRE
2259966 : verre blanc 2226412 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	15 €
2284527 : verre blanc 2254868 : verre teinté	Unifocaux forte correction		< à - 6 et > à + 6	55 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	de - 6 à + 6	55 €
2288519 : verre blanc 2299523 : verre teinté			< 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	SPHÈRE	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 forte correction		< à – 6 et > à + 6	35 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		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 €

Régime option 2

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous complètent aux remboursements versés par la sécurité sociale et à ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de 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 maximales 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.

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION		
	Conventionné	Non conventionné	
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	80 % BR	
Actes d'anesthésie (ADA)			
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	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 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.			
Actes médicaux			
Généralistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	80 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	80 % BR	
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	80 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	100 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	50 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	80 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR	
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale			
Densitométrie osseuse		Crédit de 30 € par année civile	
Pharmacie non remboursée par la sécurité sociale			
Vaccins		Crédit de 30 € par année civile	
Appareillages remboursés par la sécurité sociale			

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèses auditives		80 % BR
Orthopédie et autres prothèses		80 % BR
Dentaire remboursé par la sécurité sociale		
Inlay simple, Onlay		200 % BR
Prothèses dentaires		80 % BR
Inlay core et inlay à clavettes		200 % BR
Orthodontie		50 % BR

Équipement 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.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

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'art. 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.

Monture adulte	55 €
Monture enfant	35 €
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit de 150 € sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 150 € sur 2 années civiles consécutives
Cure thermique remboursée par la sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	150 % BR
Frais de voyage et hébergement	200 €
Médecines hors nomenclature	
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologue et psychomotricien pour les enfants (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	30 € par acte limité à 4 actes par année civile
Abréviations : OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique. Elles remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS). 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).

Les grilles optiques du régime option 2

ADULTE (> ou = 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	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 forte correction		< à – 6 et > à + 6	75 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		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 (<i><18 ans</i>) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	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 €

Enfant (<i><18 ans</i>) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	TYPE DE VERRE
2200393 : verre blanc 2270413 : verre teinté	Unifocaux	Cylindre < à 4	de - 6 à + 6	35 €
2283953 : verre blanc 2219381 : verre teinté	Unifocaux forte correction		< à - 6 et > à + 6	55 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		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 €

Régime option 3

Les niveaux d'indemnisation mentionnés ci-dessous complètent aux remboursements versés par la sécurité sociale et à ceux versés au titre du régime de base. Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations maladie, accident de 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 maximales 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.

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION	
	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	130 % BR
Actes d'anesthésie (ADA)		
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	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 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		

NATURE DES FRAIS	NIVEAU D'INDEMNISATION		
	Conventionné	Non conventionné	
Actes médicaux			
Généralistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	180 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	80 % BR	
Spécialistes (consultations et visites)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	150 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR	
Actes de chirurgie (ADC)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	200 % BR	
Actes techniques médicaux (ATM)	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	50 % BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	130 % BR	
	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO :	30 % BR	
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale			
Densitométrie osseuse		Crédit de 40 € par année civile	
Pharmacie non remboursée par la sécurité sociale			
Vaccins		Crédit de 40 € par année civile	
Appareillages remboursés par la sécurité sociale			
Prothèses auditives		130 % BR	
Orthopédie et autres prothèses		130 % BR	
Dentaire remboursé par la sécurité sociale			
Inlay simple, Onlay		300 % BR	
Prothèses dentaires		130 % BR	
Inlay core et inlay à clavettes		300 % BR	
Orthodontie		100 % BR	

Équipement 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.

Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

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'art. 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.

Monture adulte	55 €
Monture enfant	65 €
Verres	Montants indiqués dans les tableaux ci-après en fonction des types de verre.
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit de 200 € sur 2 années civiles consécutives
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 200 € sur 2 années civiles consécutives
Cure thermale remboursée par la sécurité sociale	
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 (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée)	40 € par acte limité à 4 actes par année civile
<p>Abréviations :</p> <p>OPTAM/OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie obstétrique. Elles remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS).</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>FR : frais réels engagés par l'assuré.</p> <p>BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.</p> <p>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.</p> <p>TM : ticket modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS).</p>	

Les grilles optiques du régime option 3

ADULTE (> ou = 18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	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 forte correction		< à – 6 et > à + 6	95 €
2212976 : verre blanc 2252668 : verre teinté		Cylindre > à 4	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	M u l t i f o c a u x forte correction		< à – 8 ou > à + 8	90 €

ENFANT (<18 ans) code LPP	UNIFOCAUX/ multifocaux	AVEC/SANS cylindre	SPHÈRE	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 forte correction		< à – 6 et > à + 6	75 €
2238941 : verre blanc 2268385 : verre teinté		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 €

Article 3

Date d'effet. – Dépôt. – Extension

– la mise en place d'un taux d'appel sur le taux contractuel de la cotisation « famille hors conjoint non à charge sécurité sociale » prend effet le 1^{er} janvier 2018 ;

- les évolutions liées au remplacement du CAS (contrat d'accès aux soins) par à l'OPTAM/ OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie et obstétrique) prennent effet le 1^{er} janvier 2018.

Le présent avenant ayant vocation à définir le régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de soins de santé, dont doivent bénéficier l'ensemble des salariés des entreprises de la branche et relevant de la convention collective et ce quelle que soit la taille de leurs entreprises, le présent avenant ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2232-10-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt, ainsi que de demande d'extension, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Le présent avenant sera déposé dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires ont convenu de demander, sans délai, l'extension du présent avenant.

Fait à Paris, le 15 février 2018.

(Suivent les signatures.)