

Brochure n° 3135 | Convention collective nationale

IDCC : 489 | INDUSTRIES DU CARTONNAGE

Avenant n° 2 du 23 septembre 2019

à l'avenant n° 152 du 5 octobre 2015 relatif à la complémentaire santé

NOR : ASET2050011M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

CAP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FIBOPA CFE-CGC ;

FG FO construction,

d'autre part,

Préambule

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2020, les dispositions de l'avenant n° 152 du 5 octobre 2015 modifié par avenant n° 1 du 15 novembre 2017 relatif à la complémentaire santé au regard des dispositions du 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 et du 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 à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} | Prestations

Les dispositions de l'article 7 relatives aux prestations sont supprimées et modifiées comme suit :

« Les garanties résumées en annexe sont considérées comme responsables et respectent les obligations de prise en charge minimales et les plafonds fixés par les articles L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. Dans ce cadre, elles sont susceptibles d'évoluer en cas de modification de ces textes.

Les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes appartenant au dispositif dit "100 % santé".

Le dispositif dit "100 % santé" correspond à l'ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le régime obligatoire et le régime complémentaire santé, sous réserve du respect par les professionnels de santé des prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par arrêté ; le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Les actes appartenant au dispositif dit "hors 100 % santé" font l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du régime obligatoire et du régime complémentaire santé. Il s'agit des dispositifs dits à "tarif maîtrisé", (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de garantie dentaire) ou à "tarif libre" (en matière de garanties optique, dentaire et aides auditives).

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent "y compris les prestations versées par le régime obligatoire (RO)" c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire (RO).

Lorsque la prestation est exprimée en euro, elle s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les garanties exprimées avec une limitation "par an et par Bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.

Dans tous les cas, le total des remboursements ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Les prestations sont assurées, sans questionnaire ou visite médicale, à compter de la date d'effet de la garantie ou à compter de la date d'effet de la garantie ou à compter de l'embauche du salarié.

L'ensemble des modalités pratiques complémentaires du règlement des prestations est détaillé dans la notice d'information remise à chaque salarié.



Les compléments de garantie destinés à améliorer la couverture des salariés, ainsi que les options au profit des ayants droit doivent être proposés aux salariés et sont indissociables des prestations minimales. »


Article 2 | *Annexe 1 « Prestations du régime »*

L'annexe 1 est supprimée et modifiée comme suit :



(Suite des tableaux pages suivantes.)


Garantie conventionnelles (base)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾ Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour	250 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	250 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	60 € par jour.	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans</u> non remboursés par le RO	60 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	170 % BR	150 % BR
- Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux	150 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	Néant	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	Néant	
- Patch anti-tabac	Néant	
Matériel médical	100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		A compter du 01/01/2021 : 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BR + 400 € par oreille appareillée A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre : 100 % BR + 400 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	Telle que définie à la garantie Matériel médical	
OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		100% FR *



Equipelement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)	
o Sphère de -6 à +6	90 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	105 €
o Sphère < -8 ou > +8	105 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	100 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S ≤ 6	100 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	120 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	120 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S ≤ 6	100 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	120 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	120 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)	
o Sphère de -4 à +4	160 €
o Sphère < -4 ou > +4	170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Sphère de -8 à +8	180 €
o Sphère < -8 ou > +8	190 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	150 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Kératochirurgie	300 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	300 % BR
Dent non visible	250 % BR
- Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	300 % BR
- Non remboursée par le RO	200 % BRR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	300 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	300 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	150 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	100 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	Néant
- Psychologue <i>non remboursé par le RO</i>	Néant
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI


Garantie conventionnelles (base) + option 1

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION 1 (1) Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour	350 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	350 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	80 € par jour.	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans</u> non remboursés par le RO	80 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	150 % BR	130 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	200 % BR	175 % BR
- Actes techniques médicaux	200 % BR	175 % BR
- Actes d'imagerie médicale	200 % BR	175 % BR
Honoraires paramédicaux	200 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	200 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	100 € par an et par bénéficiaire	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	100 € par an et par bénéficiaire	
- Patch anti-tabac	150 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical	100 % BR + 600 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		A compter du 01/01/2021 : 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BR + 600 € par oreille appareillée A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre : 100 % BR + 600 € par oreille appareillée, limité à 1700 € par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	Telle que définie à la garantie Matériel médical	
OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		

Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture :	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)	
o Sphère de -6 à +6	110 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	125 €
o Sphère < -8 ou > +8	125 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	120 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S ≤ 6	120 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	140 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	140 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	140 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S ≤ 6	120 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	140 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	140 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)	
o Sphère de -4 à +4	180 €
o Sphère < -4 ou > +4	190 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Sphère de -8 à +8	200 €
o Sphère < -8 ou > +8	210 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	250 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	250 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Kératochirurgie	500 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	375 % BR
Dent non visible	300 % BR
- Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	350 % BR
- Non remboursée par le RO	250 % BRR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	400 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	400 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	250 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	200 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100% BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	50 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue <i>non remboursé par le RO</i>	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

Garantie conventionnelles (base) + option 2

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS OPTION 2 ⁽¹⁾ Les prestations s'entendent y compris les Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Frais de séjour	450 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	450 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	100 € par jour.	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans</u> non remboursés par le RO	100 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	200 % BR	180 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	250 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux	300 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	300 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux	300 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	300 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	150 € par an et par bénéficiaire	
- Patch anti-tabac	250 € par an et par bénéficiaire	
Matériel médical	100 % BR + 800 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Equipement « 100% SANTE » *		A compter du 01/01/2021 : 100% FR *
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	Jusqu'au 31/12/2020 : 100 % BR + 800 € par oreille appareillée A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre : 100 % BR + 800 € par oreille appareillée, limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	Telle que définie à la garantie Matériel médical	
OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. (3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Equipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations		
d'adaptation et filtres		

Equipelement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture :	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)	
o Sphère de -6 à +6	130 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	145 €
o Sphère < -8 ou > +8	145 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	140 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6	140 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	160 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	160 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	160 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6	140 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	160 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	160 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)	
o Sphère de -4 à +4	200 €
o Sphère < -4 ou > +4	210 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Sphère de -8 à +8	220 €
o Sphère < -8 ou > +8	230 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	350 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	350 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Kératochirurgie	800 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	475 % BR
Dent non visible	350 % BR
- Prothèses dentaires <i>non remboursées par le RO</i> (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	500 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	250 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	450 % BR
- Non remboursée par le RO	350 % BRR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	500 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	500 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	350 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	300 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	100 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue <i>non remboursé par le RO</i>	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

Précisions sur les garanties conventionnelles et optionnelles

BR : Base de remboursement du régime obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité de cet organisme est appliqué.

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la base de remboursement qu'aurait retenu le régime obligatoire s'il était intervenu.

FR : Frais réels.

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée. **OPTAM-CO** : Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique. L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'assurance maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

RO : Régime obligatoire de sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire.

(*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100 % Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dans la limite du prix limite de vente (PLV) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du remboursement de la sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100 % santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100 % santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100 % santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement n'est applicable pour les verres en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et ses textes d'application.

Article 5 | Entreprises de moins de 50 salariés

La situation des TPE/PME a été examinée dans le cadre de cette négociation. S'agissant d'un accord améliorant le régime de santé dont relève l'ensemble des entreprises de la branche, quel que soit leur nombre de salariés, il n'a pas été jugé utile et opportun de définir des stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Aussi, dans le cadre la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'objet du présent accord ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 6 | Révision

Le présent accord peut être révisé conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 7 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 et ce pour une durée indéterminée.

Article 8 | Dépôt et publicité

Le présent accord fera l'objet de formalités de dépôt conformément aux dispositions des articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, auprès des services du ministre chargé du travail.

Fait à Montreuil, le 23 septembre 2019.

(Suivent les signatures.)