

Brochure n° 3063 | Convention collective nationale

IDCC : 1555 | **FABRICATION ET COMMERCE DES PRODUITS À USAGE PHARMACEUTIQUE, PARAPHARMACEUTIQUE ET VÉTÉRINAIRE**

## **Avenant n° 1 du 19 novembre 2019**

à l'accord du 14 décembre 2016  
relatif au régime conventionnel de prévoyance

NOR : ASET2050101M

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

**FACOPHAR ;**

**SIMV ;**

**ANSVADM ;**

**SIDIV,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FCE CFDT ;**

**CMTE CFTC ;**

**CFE-CGC chimie ;**

**Pharmacie LABM FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Le présent avenant adapte à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2020, les dispositions de l'accord du 14 décembre 2016 relatif au régime conventionnel de prévoyance, au regard des dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salarié(e)s 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 »).

Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises qui relèvent du champ d'application de la convention collective nationale de fabrication et commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire, indépendamment de leur effectif. Il n'est pas prévu de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salarié(e)s.

Il est convenu ce qui suit :

L'article 7.3 « Montant des prestations » de l'annexe I « Régime de prévoyance décès-incapacité. Invalidité. Maladie. Chirurgie-Maternité » est supprimé et remplacé comme suit :

### **« 7.3. Montant des prestations**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, le montant des remboursements est fixé comme suit :

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (BR) ;
- sur la base du ticket modérateur (TM) ;
- sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec une caisse de sécurité sociale. Il peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM – ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – OPTAM CO).

En tout état de cause, le présent régime se conforme aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies aux articles L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale et leurs textes d'application. Dans ce cadre, il est susceptible d'évoluer en cas de modification des textes susvisés.

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", c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire (RO) de sécurité sociale dont dépend l'assuré qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, la maternité ou du régime accidents du travail / maladies professionnelles. 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

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

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS Régime « RPC » <sup>(1)</sup>	
	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		
- Séjour en secteur conventionné	200 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	150 % BR	
Honoraires (consultations et actes)		
- Médicaux	200 % BR	180 % BR
- Chirurgicaux	400 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	45 € par jour.	
Lit d'accompagnant d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 12 ans</u> non remboursé par le RO	22,87 € par jour	
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	
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	370 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	180 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux		
- Séjour en secteur conventionné	100 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	240 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % FR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	240 % BR	
Déplacement et majoration visites de nuit ou jour férié	100 % BR	

AIDES AUDITIVES	
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. La 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 : 1 000 € par oreille appareillée A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE » - Tarif Libre : 1 000 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1 700 € par oreille appareillée, y compris le remboursement RO
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	240 % BR
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 : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	77 € par monture
Bénéficiaire de moins de 16 ans	57 € par monture
- Verre Bénéficiaire de 16 ans ou plus :	
Par verre simple	90 €
Par verre complexe	210 €
Par verre hypercomplexe	220 €
Bénéficiaire de moins de 16 ans :	
Par verre simple	66 €
Par verre complexe	110 €
Par verre hypercomplexe	160 €
- Prestations d'appairage	100 % BR
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées ou non par le RO	92 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Chirurgie corrective des yeux	500 € par œil
Matériel médical optique	240 % BR
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	 100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires et Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre en secteur conventionné	175 % BR
en secteur non conventionné	280 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	400 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 % BRR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	400 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	298 % BR

- Non remboursée par le RO	<b>298 % BRR</b>
<b>Autres prestations dentaires</b>	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant)	<b>250 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire</b>
- Chirurgie dentaire	<b>325,50 % BR</b>
<b>AUTRES GARANTIES</b>	
<b>Transport</b>	<b>100 % BR</b>
<b>Cure thermique</b>	
- Remboursée par le RO	<b>5,18 € par jour</b>
<b>Prévention / Dépistage</b>	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	<b>100 % BR</b>

#### **ABRÉVIATIONS :**

**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/](http://annuaire.sante.ameli.fr/)

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3377 € pour 2019)

**RO** : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

**RSS** : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

**TM** : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme complémentaire

(\*) 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 (P.L.V.) 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<sup>er</sup> 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 2 | Prestations maladie. Chirurgie. Maternité du régime supplémentaire optionnel (RSO)**

L'article 13 « RSO maladie. Chirurgie. Maternité » de l'annexe I « Régime de prévoyance. Décès-incapacité-invalidité. Maladie. Chirurgie-maternité » est supprimé et remplacé comme suit :

« À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, le montant des remboursements est fixé comme suit :

Les remboursements sont effectués selon le type de prestations soit :

- sur la base des remboursements effectués par la sécurité sociale (BR) ;
- sur la base du ticket modérateur (TM) ;
- sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros et dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion ;
- ou selon des remboursements forfaitaires dont le montant peut être modifié, par avenant au présent accord, sur proposition du comité paritaire de gestion.

Le montant des prestations versées par le régime de prévoyance peut être établi de façon différente suivant que les praticiens ou auxiliaires médicaux sont ou non liés par une convention conclue avec une caisse de sécurité sociale. Il peut également varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – OPTAM.CO -).

En tout état de cause, le présent régime se conforme aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies aux articles L. 871-1 et L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Dans ce cadre, il est susceptible d'évoluer en cas de modification de textes susvisés. Les remboursements indiqués ci-après 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 et celles versées au titre du RPC", c'est à dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le régime obligatoire (RO) de sécurité sociale dont dépend l'assuré qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, la maternité ou du régime accidents du travail / maladies professionnelles.



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

Les prestations définies ci-dessous "RSO" comprennent celles du régime "RPC" ».

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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

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

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS Régime « RPC + RSO » <sup>(1)</sup>	
	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		
- Séjour en secteur conventionné	200 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	150 % BR	
Honoraires (consultations et actes)		
- Médicaux	200 % BR	180 % BR
- Chirurgicaux	400 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursée par le RO	60 € par jour.	
Lit d'accompagnant d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 12 ans non remboursé par le RO</u>	22,87 € par jour	
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	120 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	240 % BR	200 % BR
- Actes techniques médicaux	370 % BR	200 % BR
- Actes d'imagerie médicale	180 % BR	160 % BR
Honoraires paramédicaux		
- Séjour en secteur conventionné	100 % BR	
- Séjour en secteur non conventionné	240 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % FR	
Matériel médical (hors aides auditives et optique)	270 % BR	
Déplacement et majoration visites de nuit ou jour férié	100 % BR	
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 *		
- Bénéficiaire de 20 ans ou plus	Jusqu'au 31/12/2020 : 1 200 € par oreille appareillée A compter du 01/01/2021 : Hors « 100% SANTE »- Tarif Libre : 1 200 € par oreille appareillée, limité à 1 700 € y compris le remboursement RO par oreille et par bénéficiaire	
- Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1 700 € par oreille appareillée, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	270 % BR	

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	
<b>Équipement « 100% SANTE » *</b> Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 <b>100% FR *</b>
<b>Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *</b> - Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus Bénéficiaire de moins de 16 ans	<b>100 € par monture</b> <b>57 € par monture</b>
- Verre Bénéficiaire de 16 ans ou plus : Par verre simple Par verre complexe Par verre hypercomplexe Bénéficiaire de moins de 16 ans : Par verre simple Par verre complexe Par verre hypercomplexe	<b>110 €</b> <b>240 €</b> <b>251 €</b> <b>92 €</b> <b>131 €</b> <b>171 €</b>
- Prestations d'appairage	<b>100 % BR</b>
- Prestations d'adaptation	<b>100 % BR</b>
<b>Lentilles correctrices</b> - Remboursées ou non par le RO	<b>200 € par an et par bénéficiaire</b>
<b>Autres prestations optiques</b> - Chirurgie corrective des yeux	<b>500 € par œil</b>
<b>Matériel médical optique</b>	<b>270 % BR</b>
DENTAIRE	
<b>Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)</b>	 <b>100% FR *</b>
<b>Soins Hors « 100% SANTE » *</b> - Soins dentaires et Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre Séjour en secteur conventionné Séjour en secteur non conventionné	<b>175 % BR</b> <b>280 % BR</b>
<b>Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *</b> - Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	<b>483 % BR</b>
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	<b>483 % BRR</b>
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	<b>483 % BR</b>
<b>Orthodontie</b> - Remboursée par le RO - Non remboursée par le RO	<b>483 % BR</b> <b>483 % BRR</b>
<b>Autres prestations dentaires</b> - Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) - Chirurgie dentaire	<b>250 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire</b> <b>325,50 % BR</b>
AUTRES GARANTIES	
<b>Transport</b>	<b>100 % BR</b>
<b>Cure thermique</b> - Remboursée par le RO	<b>5,18 € par jour</b>
<b>Médecine douce</b> - Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	<b>30 € par séance, limité à 2 séances par an et par bénéficiaire</b>
<b>Prévention / Dépistage</b> - Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	<b>100 % BR</b>



## **ABRÉVIATIONS**

**BR** : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, le tarif d'organisme est appliqué.

**BRR** : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait rete Obligatoire s'il était intervenu

**FR** : Frais réels

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. [Pour le médecin adhérer à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur http://annuaire.sante.ameli.fr/](http://annuaire.sante.ameli.fr/)

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3377 € pour 2019)

**RO** : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

**RSS** : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

**TM** : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le rembourser par l'organisme complémentaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et aides auditives. Dar Prix limite de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous d Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la pri 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<sup>er</sup> janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en f 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 comp verres et d'une monture, par période de six (6) mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verr 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 d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une médicale.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'év réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'artic code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

## **Article 3 | Entrée en vigueur**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur à compter du lendemain du jour du dépôt auprès de la direction générale du travail avec une application rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

## **Article 4 | Dépôt et extension**

Le présent avenant sera déposé à la direction générale du travail et remis au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux dispositions du code de travail. Il fera également l'objet d'une demande d'extension par la partie la plus diligente auprès du ministère du travail.

## **Article 5 | Caractère impératif**

Les entreprises de la branche de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire ne pourront déroger à aucune des dispositions du présent avenant, lequel revêt un caractère impératif.

*Fait à Paris, le 19 novembre 2019.*

(Suivent les signatures.)