

Brochure n° 3244 | Convention collective nationale

IDCC : **1505** | **COMMERCE DE DÉTAIL DES FRUITS ET LÉGUMES, ÉPICERIE ET PRODUITS LAITIERS**

Avenant n° 133 du 9 décembre 2019

à l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 relatif au régime complémentaire de frais de soins de santé

NOR : ASET2050162M

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

Saveurs commerce ;

FECP ;

FNSCMF ;

CCP,

d'une part, et

le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

FNAA CFE-CGC ;

FS CFDT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le régime de « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » de la branche du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers (IDCC 1505) a été mis en place par l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 et a fait l'objet depuis lors de différentes modifications.

Il est rappelé que cet avenant prévoyait des cotisations mensuelles et forfaitaires et qu'au 1^{er} janvier de chaque année, ces cotisations seraient réexaminées par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales, et de l'assurance maladie.

Au cours de l'année 2019, les partenaires sociaux de la branche se sont réunis pour examiner les comptes de résultats du régime. Au regard de l'analyse de ces comptes et des résultats des travaux actuariels réalisés au niveau de la branche, les parties signataires ont décidé, afin d'assurer la pérennité du régime :

- de fixer, désormais, les cotisations en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) ;
- de modifier le nombre des paliers et le niveau de plafonnement des cotisations du régime de maintien des garanties collectives au profit des anciens salariés dans le cadre de la solida-

rité intergénérationnelle mise en place par le biais de la mutualisation des cotisations entre les anciens salariés inactifs et les salariés actifs. Les partenaires sociaux s'engagent à ouvrir de nouvelles négociations, au cours de l'année 2021, afin d'étudier l'équilibre financier de ce dispositif et, le cas échéant, adopter les mesures nécessaires pour garantir son équilibre.

Par ailleurs, considérant :

- l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite du « 100 % santé ») ;
- le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires ;
- le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;
- la nécessaire mise en conformité des actes juridiques mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture minimale obligatoire et collective imposée par ladite loi avant le 1^{er} janvier 2020 ;

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier les prestations du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé afin de le mettre en conformité avec la nouvelle législation et réglementation applicable.

C'est dans ce cadre et à l'issue de différentes commissions mixtes paritaires que les partenaires sociaux de la branche ont conclu le présent avenant dans les termes visés ci-après qui modifie les dispositions suivantes :

- l'article 5 « Cotisation et répartition » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n° 125 du 5 juillet 2017 ;
- l'article 10.2 « Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi "Évin" », tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n° 125 ;
- l'annexe relative aux garanties du régime (« Base », « Option 1 », « Option 2 » et « Option 3 ») de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant n° 125.

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

Article 1^{er} | Cotisation

Les dispositions du 4^e au 8^e alinéa de l'article 5 « Cotisation et répartition » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers, sont remplacées par les stipulations suivantes :

« Les cotisations du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé sont mensuelles et sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

En conséquence, le montant des cotisations évoluera chaque 1^{er} janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

Les taux de cotisation du niveau de garantie dénommé " base obligatoire " sont fixées par salarié et par mois :

Au titre du régime général :

- pour l'année 2020, à 1,24 % du PMSS (pour information, soit 42,51 € sur la base d'un PMSS de 3 428 € pour 2020) ;
- à compter de l'année 2021, à 1,29 % du PMSS.

Au titre du régime local d'Alsace-Moselle :

- pour l'année 2020, à 0,78 % du PMSS (pour information, soit 26,74 € sur la base d'un PMSS à 3 428 € pour 2020) ;
- à compter de 2021, à 0,81 % du PMSS.

Chaque année, les taux des cotisations sera réexaminé par les parties signataires, en fonction des résultats du régime, de l'évolution des dépenses de santé et, également, des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie.

Le cas échéant, compte tenu des résultats de cet examen, le taux des cotisations sera indexé, outre l'évolution de la valeur du PMSS, au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie.

L'affiliation au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 étant obligatoire, elle s'impose dans les relations individuelles de travail. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 11 de la loi n° 891009 du 31 décembre 1989, les salariés concernés ne pourront pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre dudit régime. Ce précompte est expressément mentionné sur le bulletin de salaire du salarié. »

Article 2 | ***Solidarité intergénérationnelle***

Les dispositions du 12^e au 14^e alinéa de l'article 10.2 « Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi "Évin" » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers, sont remplacées par les stipulations suivantes :

« Afin de garantir une solidarité intergénérationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations entre anciens salariés et salariés actifs, la cotisation des anciens salariés est :

- la première année, égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la deuxième année, égale, au plus, à 125 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la troisième année, égale, au plus, à 150 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la quatrième année, égale, au plus, à 190 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- à compter de la cinquième année, égale, au plus, à 230 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif viager). »

L'annexe de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers, est remplacée par les dispositions suivantes :

« Garanties du régime de base

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

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

Abréviations :

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.

FR : frais réels engagés par le bénéficiaire.

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 ($TM = BR - RSS$).

DPTM (dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM/OPTAM-CO.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée – chirurgie-obstétrique.

€ : euro.

PLV : prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

HLF : honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

CCAM : classification commune des actes médicaux.

(Tableaux pages suivantes.)

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		220% BR	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR	
Chambre particulière (*)		70€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		35€ par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

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

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	195% BR 175% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	220% BR 200% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	170% BR 150% BR
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Honoraires paramédicaux		
Kinésithérapeutes	120% BR	
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100% BR	
Médicaments remboursés SS	100% BR	
Pharmacie (hors médicaments) remboursée SS	100% BR	
Pharmacie non remboursée SS :		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de 100€ par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100%BR + crédit de 500€ par année civile	
Actes de prévention remboursés SS		
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	100% BR + 1100€ dans la limite d'une prothèse par période de renouvellement	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (**)	100% BR	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (****)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Equipements libres (****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100% BR + 1300€ (****)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR + 300€ (****)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (**)	100% BR	

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

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

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

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

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

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

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

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay	450% BR dans la limite des HLF	
Inlay core	450% BR dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450% BR dans la limite des HLF	
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	450% BR	
Inlay core	450% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450% BR	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	250% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	450% BR	
Parodontologie	Crédit de 200€ par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	1200€ par implant limité à 3 implants par année civile	
Orthodontie	250% BR	

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

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

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100€	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	100% BR dans la limite des PLV	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100% BR	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	100% BR + Crédit de 160€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Mvonie, hyvermétropie, astigmatisme, presbhytie)	1100€ par œil et par année civile	

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

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

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

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

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

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

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

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

- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	95€	95€
		SPH < à -6 ou > à + 6	165€	165€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95€	95€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	95€	95€
		SPH > 0 et S > + 6	165€	165€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	165€	165€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	165€	165€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190€	190€
		SPH < à -4 ou > à + 4	265€	265€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	190€	190€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	190€	190€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	265€	265€
		SPH > 0 et S > + 8	265€	265€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	265€	265€

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

PREVENTION

Prévention liée aux métiers	<p>Chaque année le comité de prévention de la branche professionnelle définit son plan d'action de prévention à partir des éléments ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etudes épidémiologiques (ex : troubles musculosquelettiques ...) - Prises en charge de consultations de prévention (ex : Bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire, ...) - Accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex : Programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter, ...) - Moyen de mise en relation avec les professionnels de santé (par le biais des consultations de prévention) - Relais d'information et communication : livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention
Prévention liée aux risques de santé publique	<p>Actions en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers ...), et recherche de partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.</p>

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100%BR
Frais de voyage et hébergement	250€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	300€
Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire	
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Admission à l'hôpital</u> : recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, transport du bénéficiaire à l'hôpital et retour domicile. - <u>Pendant le séjour à l'hôpital</u> : Présence d'un proche au chevet, séjour à l'hôtel du proche, garde à domicile des enfants/petits enfants ou présence d'un proche au domicile ou transfert des enfants/petits enfants chez un proche, veille sur les ascendants, garde des animaux de compagnie, téléviseur en chambre. - <u>A la sortie de l'hôpital</u> : aide-ménagère à domicile, veilles sur les ascendants, livraison de médicaments en urgence, garde des animaux de compagnie, téléassistance ponctuelle, livraison de repas à domicile, recherche de médecin ,d'infirmière, aide pédagogique. - <u>Suivi post opératoire</u> : déplacement pour examens et analyses. - Bilan de vie. - <u>Aide au retour à la vie professionnelle</u> en cas de séquelle suite à l'hospitalisation. - Rapatriement de corps. - Aide aux aidants. - Service téléphonique de conseils et d'aide psychologique. 	

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

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE	
Maintien de la couverture collective obligatoire (garanties du régime de base)	
Les salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles » du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.	
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.	
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.	
Maintien de la couverture collective obligatoire des anciens salariés (garanties du régime de base)	
<ul style="list-style-type: none"> - Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche. - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers. - Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage. 	
<ul style="list-style-type: none"> - La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel). - La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - A compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager). 	

GARANTIES DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE
Option 1

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de Base conventionnel de la CCN 3244, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- 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)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION
		CONVENTIONNE NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+ 50% BR
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+50% BR Néant
Chambre particulière (*)		+10€ par jour

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+25% BR +25% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+50% BR Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+50% BR Néant
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+25€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de +50€ par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	Crédit de +100€ par année civile	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	100% BR + 1100€ pour une 2 ^{de} prothèse dans la limite de 2 prothèses par période de renouvellement	

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
► Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+75% BR dans la limite des HLF (**)	
Inlay core	+75% BR dans la limite des HLF (**)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+75% BR dans la limite des HLF (**)	
► Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+75% BR	
Inlay core	+75% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+75% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+100% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+75% BR	
Parodontologie	Crédit de +100€ par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de +150€ par année civile	
Orthodontie	+150% BR	

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

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

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres ^(2°) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**) :	Néant	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	Néant	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans ^(**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 40€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 40€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbtyie)	+ Crédit de 150€ par œil et par année civile	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;

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

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

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

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

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

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

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+40€	+40€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+40€	+40€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+40€	+40€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+40€	+40€
		SPH > 0 et S > + 6	+40€	+40€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+40€	+40€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+45€	+45€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+45€	+45€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+45€	+45€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+45€	+45€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+45€	+45€
		SPH > 0 et S > + 8	+45€	+45€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+45€	+45€

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

(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE
Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 1)
Les salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles » du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 1)
<ul style="list-style-type: none"> - Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche. - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers. - Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.
<ul style="list-style-type: none"> - La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel). - La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - A compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

GARANTIES DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE
Option 2

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de base conventionnel de la CCN 3244, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- 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)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+100% BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+100% BR Néant	
Chambre particulière (*)		+20€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+5€ par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+55% BR +25% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+100% BR Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+100% BR Néant
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+ 31€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de +100€ par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	Crédit de +200€ par année civile	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	+400€ pour 1 ^{re} prothèse Et 100 % de la BR + 1500€ pour une 2 ^{de} prothèse par période de renouvellement	

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700€ RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
► Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+125% BR dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+125% BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+125% BR dans la limite des HLF (***)	
► Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+125% BR	
Inlay core	+125% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+125% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+150% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+125% BR	
Parodontologie	Crédit de +100€ par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de +350€ par année civile	
Orthodontie	+200% BR	

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

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

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**) :	Néant	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	Néant	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de +90€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de +90€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de +200€ par œil et par année civile	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+65€	+65€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+75€	+75€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+65€	+65€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+65€	+65€
		SPH > 0 et S > + 6	+75€	+75€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+75€	+75€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+75€	+75€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+90€	+90€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+85€	+85€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+90€	+90€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+90€	+90€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+85€	+85€
		SPH > 0 et S > + 8	+85€	+85€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+85€	+85€

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

(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermique remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+ 200€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+200€

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE

Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 2)

Les **salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles »** du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.

En cas de **décès d'un salarié** en activité, ses **ayants droit** (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.

Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.

Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 2)

- Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.
 - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.
 - Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.
-
- La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel).
 - La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
 - La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
 - La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
 - A compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

**GARANTIES DU REGIME SURCOMPLEMENTAIRE
OPTION 3**

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de base conventionnel de la CCN 3244, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- 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)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		+300% BR	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+300% BR Néant	
Chambre particulière (*)		+30€ par jour	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+25€ par jour	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
► remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+255% BR +25% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+250% BR Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	+250% BR Néant
► non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+50€ par acte limité à 4 actes par année civile	
Densitométrie osseuse	Crédit de 300€ limité à une intervention par année civile	
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de +150€ par année civile	
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	Crédit de +400€ par année civile	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	+ 700€ pour la 1^{re} prothèse Et 100% BR + 1800€ pour la 2^{de} prothèse par période de renouvellement	

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

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

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
► Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+175% BR dans la limite des HLF (**)	
Inlay core	+175% BR dans la limite des HLF (**)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+175% BR dans la limite des HLF (**)	
► Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+175% BR	
Inlay core	+175% BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+175% BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 280% BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+245% BR	
Parodontologie	Crédit de +100€ par année civile	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de +750€ par année civile	
Orthodontie	+350% BR	

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

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

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**):	Néant	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	Néant	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	Crédit de +140€ par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de +140€ par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de +450€ par œil et par année civile	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;

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

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

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

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

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

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

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+65€	+65€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+135€	+135€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+65€	+65€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+65€	+65€
		SPH > 0 et S > + 6	+135€	+135€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+135€	+135€
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+135€	+135€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+110€	+110€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+85€	+85€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+110€	+110€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+110€	+110€
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+85€	+85€
		SPH > 0 et S > + 8	+85€	+85€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+85€	+85€

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

(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+200€ limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 300€

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE
Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 3)
Les salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 3)
<ul style="list-style-type: none"> - Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche. - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers. - Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.
<ul style="list-style-type: none"> - La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel). - La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel). - A compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

Article 4 | Entrée en vigueur. – Révision. – Dénonciation

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1^{er} jour du trimestre suivant la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* et au plus tôt le 1^{er} janvier 2020, à l'exclusion de son article 3 relatif aux tableaux de garanties du régime frais de santé qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Il sera donc déposé aux services du ministère en vue de son extension.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du code du travail.

Article 5 | Formalités administratives

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du code du travail, notifié par la partie la plus diligente des organisations signataires à l'ensemble des organisations représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du Ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé du budget en application des dispositions de l'article L. 911-3 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 9 décembre 2019.

(Suivent les signatures.)