

Avenant du 21 novembre 2019

à l'avenant du 17 septembre 2015
relatif au régime frais de santé

NOR : ASET2050865M

IDCC : 2332

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

Syndarch ;

UNSFA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC BTP ;

SYNATPAU CFDT ;

FG FO construction ;

FESSAD UNSA,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche réunis au sein de la commission paritaire de gestion du paritarisme ont souhaité faire évoluer les garanties du régime frais de santé mis en place dans la branche par l'avenant du 17 septembre 2015 à l'accord du 5 juillet 2007 afin de prendre en compte l'évolution des textes applicables en matière de contrats responsables.

En effet, les modifications apportées par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret du 11 janvier 2019 nécessitent de modifier les garanties proposées par le régime professionnel afin de le mettre en conformité au 1^{er} janvier 2020.

Ces modifications intégrant les dispositions obligatoires du « 100 % santé » permettront au régime de continuer à bénéficier des avantages sociaux et fiscaux réservés aux contrats responsables.

Les garanties sont modifiées conformément au tableau figurant à l'article 1^{er} qui remplace le précédent tableau de garantie.

Article 1^{er} | Tableaux des garanties

L'article 1^{er} de l'avenant du 17 septembre 2015 à l'accord du 5 juillet 2007 relatif au régime frais de santé est modifié comme suit :

« Les remboursements interviennent en complément des remboursements de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Sauf pour les garanties exprimées en pourcentage des frais réels (FR) qui s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale et sauf pour les forfaits verres et monture qui s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale.

(Voir page suivante.)

1.1. Tableau de garanties des salariés du régime général

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient.

Frais couverts à compter du 1^{er} janvier 2020.

		BASE OBLIGATOIRE	REGIME OPTIONNEL (BASE OBLIGATOIRE INCLUDE)
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour	300% BR	400% BR
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300% BR	400% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée en établissement conventionné	3% PMSS	3% PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement conventionné	3% PMSS	3% PMSS
	Par nuitée en établissement non conventionné		3% PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement non conventionné		3% PMSS

DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale	Par nuitée en établissement conventionné Par nuitée en établissement non conventionné	1,5% PMSS	1,5% PMSS 3% PMSS
	Forfait maternité (prime de naissance)	Par enfant	10% PMSS	10% PMSS
	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Soins	Soins dentaires Soins dentaires avec dépassements Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	100% BR 170% BR 5% PMSS	100% BR 250% BR 12% PMSS
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires dents du sourire (6) remboursées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires dents du fond de bouche (6) remboursées par la Sécurité sociale Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale Inlay-core	470% 320% 170% BR	570% BR 420% BR 5% 250% BR
	Implantologie	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	15% PMSS	25% PMSS
	Orthodontie (7)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250% BR	350% BR 350% BRR

OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)		sans reste à payer (13)	sans reste à payer (13)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)		Remboursements**** selon la grille optique ci-après.	Remboursements**** selon la grille optique ci-après.
	Lentilles	Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	6% PMSS	10% PMSS
	Chirurgie optique réfractive	Par œil	22% PMSS	32% PMSS
	Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif - par an et par bénéficiaire	20% PMSS	30% PMSS
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)		sans reste à payer (13)	sans reste à payer (13)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)	Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale		
		Par bénéficiaire	20% PMSS	30% PMSS
	Accessoires et fournitures		100% BR	100% BR
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Honoraires médicaux			
	Consultation / visite / consultation en ligne			
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BR	240% BR
	chez un généraliste	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120% BR	200% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	320% BR
	chez un spécialiste	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	200% BR
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	145% BR	145% BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	125% BR	125% BR	
	Actes techniques médicaux			
		Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR

		Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR
	Honoraires paramédicaux		100% BR	100% BR
	Analyses et examens de laboratoire		100% BR	100% BR
	Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	160% BR	260% BR
	Frais de transport sanitaire	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (11)	100% BR	100% BR
	Cures thermales	Cures thermales (hors thalassothérapie) remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	10% PMSS	15% PMSS
	Médicaments	Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR
		Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR
		Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR
	Médecine additionnelle et de prévention Non remboursée par la Sécurité sociale			
		Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étiopathe, ostéopathe, psychomotricien, psychologue et tabacologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	25 €	50 €
		Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire		100 €
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	1,5% PMSS	1,5% PMSS	
Actes de prévention du contrat responsable		100% BR	100% BR	

1.2. Tableau de garanties des salariés relevant du régime Alsace-Moselle

Les remboursements interviennent y compris le remboursement de la sécurité sociale, dès lors qu'elle intervient.

Frais couverts à compter du 1^{er} janvier 2020.

		BASE OBLIGATOIRE	REGIME OPTIONNEL (BASE OBLIGATOIRE INCLUSE)
		Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :	Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)	Frais de séjour	300% BR	400% BR
	Honoraires		
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	300% BR	400% BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR
	Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
	Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale		
	Par nuitée en établissement conventionné	3% PMSS	3% PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement conventionné	3% PMSS	3% PMSS
	Par nuitée en établissement non conventionné		3% PMSS
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire) en établissement non conventionné		3% PMSS

	Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale	Par nuitée en établissement conventionné Par nuitée en établissement non conventionné	1,5% PMSS	1,5% PMSS 3% PMSS
	Forfait maternité (prime de naissance)	Par enfant	10% PMSS	10% PMSS
DENTAIRE (5) auprès d'un professionnel	Soins et prothèses 100 % Santé**	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer (12)	sans reste à payer (12)
	Soins	Soins dentaires	100% BR	100% BR
		Soins dentaires avec dépassements	170% BR	250% BR
		Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	5% PMSS	12% PMSS
	Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires dents du sourire (6) remboursées par la Sécurité sociale	470%	570% BR
		Prothèses dentaires dents du fond de bouche (6) remboursées par la Sécurité sociale	320%	420% BR
		Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale		5%
		Inlay-core	170% BR	250% BR
	Implantologie	Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - par an et par bénéficiaire	15% PMSS	25% PMSS
	Orthodontie (7)	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire Non remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250% BR	350% BR 350% BRR

OPTIQUE ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales	Équipement 100 % Santé** (classe A)	sans reste à payer (13)	sans reste à payer (13)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe B)	Remboursements**** selon la grille optique ci-après.	Remboursements**** selon la grille optique ci-après.
	Lentilles Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	6% PMSS	10% PMSS
	Chirurgie optique réfractive Par œil	22% PMSS	32% PMSS
AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille	Jusqu'au 31/12/2020 : Appareil auditif - par an et par bénéficiaire	20% PMSS	30% PMSS
	À compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans		
	Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer (13)	sans reste à payer (13)
	Équipement autre que 100 % Santé (classe II***) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Par bénéficiaire	20% PMSS	30% PMSS
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non	Accessoires et fournitures	100% BR	100% BR
	Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne		
	chez un généraliste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	140% BR 120% BR	240% BR 200% BR
	chez un spécialiste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR 150% BR	320% BR 200% BR
	Actes techniques médicaux Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	145% BR 125% BR	145% BR 125% BR
	Actes d'imagerie médicale Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR

	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR	100% BR
	Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR
	Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR
	Matériel médical Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	160% BR	260% BR
	Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (11)	100% BR	100% BR
	Cures thermales Cures thermales (hors thalassothérapie) remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	10% PMSS	15% PMSS
	Médicaments		
	Médicaments remboursés à 65%	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 30%	100% BR	100% BR
	Médicaments remboursés à 15%	100% BR	100% BR
	Médecine additionnelle et de prévention Non remboursée par la Sécurité sociale		
	Acupuncteur, pédicure podologue, chiropracteur, diététicien, étio-pathe, ostéopathe, psychomotricien, psychologue et tabacologue - par consultation et par bénéficiaire dans la limite de 5 séances par an et par bénéficiaire	25 €	50 €
	Ostéodensitométrie osseuse - par an et par bénéficiaire		100 €
	Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	1,5% PMSS	1,5% PMSS
	Actes de prévention du contrat responsable	100% BR	100% BR

(Voir page suivante.)

1.3. Grilles optiques

1.3.1. Régime général (hors Alsace-Moselle)

Régime BASE conventionnelle				
			Remboursement enfant < 18 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Monture			100,00 €	100,00 €
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Montant en € par verre	
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	60,00 €	90,00 €
		sphère < à -6 ou > à + 6	90,00 €	120,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	70,00 €	100,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70,00 €	100,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	110,00 €	140,00 €
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	110,00 €	140,00 €
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	110,00 €	140,00 €
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	120,00 €	180,00 €
		sphère < à -4 ou > à + 4	140,00 €	200,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	150,00 €	210,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	150,00 €	210,00 €
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170,00 €	230,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170,00 €	230,00 €
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170,00 €	230,00 €

Régime BASE conventionnelle + Surcomplémentaire 1				
			Remboursement enfant < 18 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Monture			100,00 €	100,00 €
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Montant en € par verre	
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	85,00 €	125,00 €
		sphère < à -6 ou > à + 6	115,00 €	155,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	95,00 €	135,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	95,00 €	135,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	135,00 €	175,00 €
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	135,00 €	175,00 €
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	135,00 €	175,00 €
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	170,00 €	250,00 €
		sphère < à -4 ou > à + 4	190,00 €	270,00 €
	Sphéro-cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	200,00 €	280,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	200,00 €	280,00 €
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	220,00 €	300,00 €
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	220,00 €	300,00 €
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	220,00 €	300,00 €

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. BR - SS = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. TM = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). RO = Régime obligatoire (Sécurité sociale). RC = Régime complémentaire. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif au 01/01/2019 : 3377 €). BRR = Base de Remboursement Reconstituée.

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
- (2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur sauf mention contraire.
- (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (4) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
- (5) Limité à 3 prothèses remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025. Les actes relevant du panier modéré sont remboursés dans la limite de 100% des Honoraires Limites de Facturation.
- (6) Les dents du sourire correspondent aux incisives, canines et premières prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44. Les dents du fond de bouche correspondent aux autres dents.
- (7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (11) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.
- (13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

(Voir page suivante.)

1.3.2. Régime local (Alsace-Moselle)

Régime BASE conventionnelle					Remboursement enfant < 18 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Monture						
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Montant en € par verre			
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	60,00 €	90,00 €		
		sphère < à -6 ou > à + 6	90,00 €	120,00 €		
	Sphéro- cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	70,00 €	100,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	70,00 €	100,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	110,00 €	140,00 €		
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	110,00 €	140,00 €		
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	110,00 €	140,00 €		
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	120,00 €	180,00 €		
		sphère < à -4 ou > à + 4	140,00 €	200,00 €		
	Sphéro- cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	150,00 €	210,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	150,00 €	210,00 €		
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	170,00 €	230,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	170,00 €	230,00 €		
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	170,00 €	230,00 €		

Régime BASE conventionnelle + Surcomplémentaire 1					Remboursement enfant < 18 ans y compris le remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement adulte y compris le remboursement de la Sécurité sociale
Monture				100,00 €		
Verre	Avec/Sans Cylindre	Type de verre	Montant en € par verre			
UNIFOCAL	Sphérique	sphère de - 6 à + 6	85,00 €	125,00 €		
		sphère < à -6 ou > à + 6	115,00 €	155,00 €		
	Sphéro- cylindrique	sphère de - 6 à 0 et cylindre ≤ + 4	95,00 €	135,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 6	95,00 €	135,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 6	135,00 €	175,00 €		
		sphère < - 6 et cylindre ≥ + 0,25	135,00 €	175,00 €		
		sphère de - 6 à 0 et cylindre > + 4	135,00 €	175,00 €		
PROGRESSIF ET MULTIFOCAL	Sphérique	sphère de - 4 à + 4	170,00 €	250,00 €		
		sphère < à -4 ou > à + 4	190,00 €	270,00 €		
	Sphéro- cylindrique	sphère de - 8 à 0 et cylindre ≤ + 4	200,00 €	280,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ + 8	200,00 €	280,00 €		
		sphère de - 8 à 0 et cylindre > + 4	220,00 €	300,00 €		
		sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > + 8	220,00 €	300,00 €		
		sphère < - 8 et cylindre ≥ + 0,25	220,00 €	300,00 €		

** Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.
 - (2) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur sauf mention contraire.
 - (3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
 - (4) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.
 - (5) Limité à 3 prothèses remboursées par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025. Les actes relevant du panier modéré sont remboursés dans la limite de 100% des Honoraires Limites de Facturation.
 - (6) Les dents du sourire correspondent aux incisives, canines et premières prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,21,22,23,24,31,32,33,34,41,42,43,44. Les dents du fond de bouche correspondent aux autres dents.
 - (7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.
- (11) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
- (12) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.
- (13) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

La modification du tableau de garantie intervient afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable notamment en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires conformément aux dispositions de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale.

En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

Article 2 | Durée de l'accord. Révision. Dénonciation

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée à compter de sa date d'entrée en vigueur. Il pourra être révisé ou dénoncé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-12 du code du travail.

Article 3 | Entrée en vigueur

Le présent avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020, il est également convenu de solliciter son extension.

Article 4 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent accord sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt puis de l'extension du présent accord.

Sur ce dernier point, les partenaires sociaux rappellent que le présent accord ayant vocation à définir les garanties de santé applicables dans le cadre du régime collectif à adhésion obligatoire de la branche dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Fait à Paris, le 21 novembre 2019.

(Suivent les signatures.)