

Brochure n° 3212 | Accords nationaux

ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE

Personnels intérimaires

Personnels permanents

Avenant n° 6 du 25 septembre 2020

à l'accord du 14 décembre 2015
relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires

NOR : ASET2050943M

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

Prism'emploi,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FO ;

FNECS CFE-CGC ;

FS CFDT ;

FCS UNSA ;

CFTC intérim ;

CGT intérim,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire ont conclu le 14 décembre 2015 l'accord relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires. Cet accord a été modifié par 5 avenants datés du 30 septembre 2016, du 9 décembre 2016, du 6 octobre 2017, du 22 décembre 2017 et du 20 septembre 2019, et précisé par un avenant d'interprétation du 14 septembre 2018.

Dans le cadre de la mise en place de ce régime conventionnel de branche, les partenaires sociaux ont recommandé, à compter du 1^{er} janvier 2016, pour une durée maximale de 5 ans, à l'ensemble des entreprises de travail temporaire deux coassureurs, AG2R Prévoyance et APICIL Prévoyance. La gestion du régime recommandé, « Intérimaires santé », a été confiée à un gestionnaire désigné, SIACI Saint-Honoré.

Profondément attachés aux objectifs de solidarité et de mutualisation des risques au sein de la branche, les partenaires sociaux de la branche ont manifesté de nouveau leur volonté d'organiser la complémentaire santé des salariés intérimaires, en recommandant un ou plusieurs

organismes d'assurance. En vue de l'échéance quinquennale et conformément à l'article 5 de l'avenant n° 5 du 20 septembre 2019, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche a engagé une nouvelle procédure de mise en concurrence, dans les conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur. Au terme de cette procédure, les partenaires sociaux de la branche ont décidé, à l'unanimité, de reconduire, à compter du 1^{er} janvier 2021, l'actuelle corecommandation des deux organismes, AG2R Prévoyance et APICIL Prévoyance.

Le présent avenant formalise les décisions prises par les partenaires sociaux à l'occasion du réexamen de la clause de recommandation, en particulier l'amélioration de la couverture collective obligatoire pour l'ensemble des salariés intérimaires, en complément de la mise en œuvre effective, au 1^{er} janvier 2021, de la réforme « 100 % santé » pour les dispositifs d'aides auditives et certains soins prothétiques dentaires.

En outre, compte tenu de la crise sanitaire liée à l'épidémie de « Covid-19 » et de ses conséquences économiques et sociales, les partenaires sociaux conviennent, en accord avec les coassureurs recommandés, de prolonger, pour les années 2021 et 2022, le montant actuel des cotisations appelées au régime collectif obligatoire.

Par ailleurs, l'ampleur de la crise sanitaire, caractérisée par un recours massif et inédit à l'activité partielle, a rendu nécessaire des réponses légales aux conséquences de l'activité partielle sur les régimes de protection sociale complémentaire, par la définition d'un cadre juridique temporaire pour l'ensemble des entreprises et des assureurs. Prenant en compte ces situations nouvelles dans la branche et soucieux de traiter les conséquences de l'activité partielle sur le droit à garanties des salariés intérimaires, les partenaires sociaux prennent des mesures au niveau de la branche, visant à faire bénéficier les salariés intérimaires concernés du maintien des garanties, pendant toute la période d'activité partielle, dans l'objectif d'assurer une pleine effectivité de leurs droits sans rupture.

Article 1^{er} | Révision de l'article 4 de l'accord du 14 décembre 2015 tel que modifié par l'avenant n° 1 du 30 septembre 2016 « Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail »

L'article 4 est modifié comme suit :

« Article 4 | Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail »

Le bénéfice des garanties visées à l'article 10 est maintenu au profit des salariés intérimaires dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire par l'employeur, moyennant paiement des cotisations patronales et salariales correspondantes.

4.1. Cas particulier de la suspension du contrat de travail pour maladie, accident, accident du travail, maladie professionnelle ou congé de maternité

Lorsque la suspension du contrat de travail est due à une maladie, un accident, un accident du travail, une maladie professionnelle ou un congé de maternité et que le salarié intérimaire est indemnisé à ce titre par la sécurité sociale, le bénéfice des garanties visées à l'article 10 est maintenu tant qu'il perçoit des indemnités journalières de la sécurité sociale, y compris après la fin ou la rupture du contrat de travail, sans versement des cotisations, à compter de la date de fin de période d'activité cotisée.

Lorsque l'arrêt de travail intervient pendant la période de portabilité conventionnelle visée à l'article 5.1, l'ancien salarié intérimaire bénéficie du maintien des garanties, sans versement des cotisations, pour la période au titre de laquelle il perçoit des

indemnités journalières de la sécurité sociale. En tout état de cause, ce maintien de la couverture collective n'a pas pour effet de suspendre ni de proroger la durée de la portabilité conventionnelle mentionnée à l'article 5.1, laquelle s'applique à compter de la fin ou de la rupture du contrat de travail.

4.2. Cas particulier de la suspension du contrat de travail pour activité partielle

Les salariés intérimaires placés en position d'activité partielle bénéficient, pendant les périodes où ils ne sont pas en activité, du maintien des garanties visées à l'article 10, sans versement des cotisations au titre des heures non travaillées.

En tout état de cause, la période de portabilité conventionnelle mentionnée à l'article 5 s'applique à compter de la fin ou de la rupture du contrat de travail. »

Article 2 | Révision de l'article 9 de l'accord du 14 décembre 2015. Taux de cotisations au régime collectif obligatoire

L'article 9 est modifié comme suit :

« Article 9 | Cotisation et répartition de la cotisation au régime collectif obligatoire

9.1. Cotisation

La cotisation au régime collectif obligatoire est calculée sur les heures de travail soumises au paiement des cotisations de sécurité sociale telles que définies par les articles L. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des heures supplémentaires.

La cotisation est prélevée sur le salaire brut et mentionnée sur le bulletin de paie du mois au cours duquel le salarié intérimaire bénéficie du régime (date de prise en charge des frais de santé visée à l'article 8).

9.2. Versement de la cotisation

La cotisation visée à l'article 9.1 est versée :

- pour les salariés visés à l'article 2.2 : le 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel il remplit la condition d'ancienneté ;
- pour les salariés visés à l'article 2.3 : le 1^{er} jour du contrat.

9.3. Répartition de la cotisation

La cotisation est répartie à parts égales entre l'entreprise de travail temporaire ou l'entreprise de travail temporaire d'insertion et le salarié intérimaire : 50 % à la charge de l'entreprise et 50 % à la charge du salarié intérimaire.

9.4. Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation conventionnelle au régime collectif obligatoire pour les garanties visées à l'article 10 est fixé à 0,1400 €/heure de travail.

Pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, la cotisation est réduite pour tenir compte des prestations servies par le régime local. Son montant est fixé à 0,089 €/heure de travail.

Les partenaires sociaux peuvent, chaque année, fixer le montant des cotisations appelées en minorant ou majorant le montant des cotisations conventionnelles.

Les cotisations appelées, afférentes aux périodes d'emploi du 1^{er} janvier 2021 et jusqu'au 31 décembre 2022, sont : 0,1198 €/heure de travail pour les salariés intéri-

maires relevant du régime général d'assurance maladie et 0,0762 €/heure de travail pour les salariés intérimaires relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. »

Article 3 | Évolution des garanties du régime collectif obligatoire et du régime complémentaire facultatif

Les partenaires sociaux de la branche conviennent d'améliorer les niveaux d'indemnisation portants sur :

- la chambre particulière dont le plafond de remboursement est porté à 40 € par jour et la durée maximale à 12 jours ;
- la chiropractie, l'étiopathie, l'ostéopathie, dont le plafond de remboursement est porté à 35 € par séance dans la limite de 2 séances par bénéficiaire et par année civile.

Par ailleurs, un service de téléconsultation médicale d'accès gratuit est intégré aux garanties du régime de frais de santé des salariés intérimaires.

3.1. Révision des articles 10.1 et 10.2. Niveau des garanties du régime collectif obligatoire

La nature et le montant des garanties du régime collectif obligatoire visés aux articles 10.1 et 10.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1^{er} janvier 2021, conformément au tableau porté à l'annexe 3 intitulée « Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative » du présent avenant.

3.2. Révision de l'article 11.2.2 « Niveau de la garantie optionnelle facultative »

La nature et le montant des garanties de la garantie optionnelle facultative visés à l'article 11.2.2 de l'accord du 14 décembre 2015 sont modifiés à compter du 1^{er} janvier 2021, conformément au tableau porté à l'annexe 3 intitulée « Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative » du présent avenant.

Article 4 | Révision de l'article 13 de l'accord du 14 décembre 2015 « Organismes assureurs recommandés »

L'article 13 est modifié comme suit :

« Article 13 | Organismes assureurs recommandés »

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés intérimaires aux garanties collectives définies par le présent accord, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès de coassureurs recommandés, après une procédure de mise en concurrence répondant à l'ensemble des critères réglementaires, qui garantit :

- l'accès aux garanties collectives pour tous les salariés intérimaires, sans considération notamment de l'âge et de l'état de santé ;
- le bénéfice, pour chaque entreprise et salarié de la branche, de garanties minimales identiques.

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) a réexaminé les modalités d'organisation de la recommandation à compter du 1^{er} janvier 2021, en engageant une procédure de mise en concurrence préalable.

13.1. Choix des organismes assureurs recommandés

La nouvelle procédure de mise en concurrence, respectant l'ensemble des critères réglementaires, a conduit la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) à reconduire la recommandation de deux coassureurs, pour une durée maximale de 5 ans, soit jusqu'au 31 décembre 2025 au plus tard.

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la branche du travail temporaire a maintenu la corecommandation de :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social 14-16, boulevard Malesherbes, 75008 Paris) ;
- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale (siège social 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire).

Ces organismes co-assurent les garanties obligatoires visées à l'article 10 et les garanties facultatives visées à l'article 11.

Afin de garantir aux salariés et à leurs ayants droit, une couverture optimale et d'assurer la meilleure efficacité possible du régime de branche, les partenaires sociaux s'engagent à procéder à une nouvelle procédure de mise en concurrence au minimum tous les 5 ans, en application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux conviennent de se réunir au cours du 1^{er} trimestre de l'année qui précède cette échéance quinquennale.

13.2. Organisme apériteur

Les partenaires sociaux de la branche conviennent de confier l'apérition du régime recommandé à AG2R Prévoyance pour une période ne pouvant aller au-delà du délai maximal de 5 ans visé à l'article précédent. »

Article 5 | *Entrée en vigueur. Durée*

Le présent avenant porte révision de l'accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires, tel que modifié en dernier lieu par l'avenant du 20 septembre 2019, il se substitue de plein droit aux stipulations de cet accord, conformément à l'article L. 2261-8 du code du travail.

Il est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021, à l'exception de l'article 4.2 de l'accord tel qu'inséré par le présent avenant, qui entre en vigueur à compter du 12 mars 2020 en application de l'article 12 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020.

Article 6 | *Dispositions relatives aux entreprises de moins de 50 salariés*

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires conviennent que le contenu du présent avenant ne justifie pas de prévoir les stipulations spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés, visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail.

Article 7 | *Force obligatoire de l'accord de branche du 14 décembre 2015 et de ses avenants*

L'accord du 14 décembre 2015 et ses avenants s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail fixant les matières dans lesquelles les stipulations de l'accord de branche prévalent sur une convention d'entreprise conclue antérieurement ou postérieurement à la date de son entrée en vigueur, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. Cette équivalence des garanties s'apprécie par ensemble de garanties se rapportant à la même matière.

Article 8 | Dépôt et extension

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que des formalités nécessaires à son extension.

Fait à Paris, le 25 septembre 2020.

(Suivent les signatures.)

« Annexe 3

Nature et montant des garanties du régime collectif obligatoire et de la garantie optionnelle facultative

Le détail des garanties en vigueur au 1^{er} janvier 2021 est indiqué ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la sécurité sociale, et celles versées par le régime de base pour la garantie +, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

(Voir page suivante.)

ABREVIATIONS :

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- CCAM : Classification commune des actes médicaux
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale
- 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)

HOSPITALISATION		
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité (Conventionné / Non conventionné)	REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Frais de séjour	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires : Actes de chirurgie (ADC), Actes d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM), Autres honoraires - Pour les médecins adhérents DPTM : - Pour les médecins non adhérents DPTM :	100% BR 100% BR	250% BR 200% BR
Chambre particulière	40 € / jour (durée maximale 12 jours)	40 € / jour (durée maximale 12 jours)

TRANSPORT	REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Transport remboursé SS	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS		REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Honoraires médicaux (Conventionné / Non conventionné) :			
► Remboursés SS			
Généralistes	Adhérents DPTM :	100% BR	180% BR
(Consultations et visites)	Non adhérents DPTM :	100% BR	160% BR
Spécialistes	Adhérents DPTM :	100% BR	180% BR
(Consultations et visites)	Non adhérents DPTM :	100% BR	160% BR
Actes de chirurgie (ADC)	Adhérents DPTM :	100% BR	180% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	Non adhérents DPTM :	100% BR	160% BR
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Adhérents DPTM :	100% BR	180% BR
Actes d'échographie (ADE)	Non adhérents DPTM :	100% BR	160% BR
► Non remboursés SS			
Chiropractie, Etiopathie, Ostéopathie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile	35 € par séance, dans la limite de 2 séances par année civile
Densitométrie osseuse		35 € par acte	35 € par acte
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		100% BR	120% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		100% BR	100% BR
Médicaments :			
Remboursés SS (hors médicaments remboursés à 15%)		100% BR	100% BR
Pharmacie (hors médicaments)			
Remboursée SS		100 % BR	100 % BR
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		150% BR	150% BR
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		100 % de la BR	100 % de la BR

AIDES AUDITIVES	REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Equipements 100 % Santé ^(*) :		
- Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire - Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ^(**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV ^(**)
Equipements libres ^(***) :		
Aides auditives	RSS + 560€ par oreille ^(**)	RSS + 620€ par oreille ^(**)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS ^(****)	100% BR	100% BR

(*) 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).

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

DENTAIRE	REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
► Panier soins et prothèses 100 % Santé ^(*)		
Soins prothétiques et autres appareillages prothétiques dentaires (dont inlay core)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale dans la limite des HLF
► Panier maîtrisé ^(**)		
Inlay, onlay	240% BR dans la limite des HLF	320% BR dans la limite des HLF
Autres appareillages prothétiques dentaires (Dont inlay core)	240% BR dans la limite des HLF	320% BR dans la limite des HLF
► Panier libre ^(***)		
Inlay, onlay	240% BR	320% BR
Autres appareillages prothétiques dentaires (Dont inlay core)	240% BR	320% BR
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	100% BR
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	200% BR	320% 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.

AUTRES FRAIS	REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
Forfait maternité		
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	Forfait de 300 €	Forfait de 300 €

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.

OPTIQUE	REGIME DE BASE Remboursements Sécurité sociale inclus (assiette BR)	GARANTIE + Remboursements Sécurité sociale et régime de base inclus (assiette BR)
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	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	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 (verres de classe A)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV	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) ^(**)	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)	CF. grille optique (prise en charge selon conditions définies, dans le respect du minimum et dans la limite du maximum prévu par la réglementation en vigueur du contrat responsable et panier de soins ANI)
Verres de classe B (quel que soit l'âge) ^(**)		
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	100% BR
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	100% BR
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR	100% BR

Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséconiques)	100% BR	100% BR
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	RSS +110 € par année civile (au minimum 100% BR)	RSS +125 € par année civile (au minimum 100% BR)
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	110 € par année civile	125 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	400 € par œil	400 € par œil

(*) 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 des équipements :

- 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 précédemment 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- 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. 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

Régime de base (remboursements sécurité sociale inclus)

Montant par verre de classe B (RSS inclus)											
Dans le réseau optique Itelis : 100% FR par verre <i>(dont les options sont décrites ci-dessous, en fonction du type de verre et du défaut visuel)</i>					Hors réseau optique Itelis						
Classe	Défaut visuel				Verre Unifocal Organique		Verre Multifocal Organique		Verre Unifocal Majeurs	Verre Unifocal Mineurs	Verre Multifocal
	Sphère ou Sphère + Cylindre (+)	Cylindre (+)	Verre	Verre	Verre	Verre					
1	Sphère	[-2 ; +2]	0	Indice 1,5 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Indice 1,5 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	33 €	26 €	94 €			
	Sphère	[-2 ; 0]	[0 ; +4]	Précalibrage	Précalibrage						
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0	Précalibrage	Précalibrage						
2	Sphère	[-4 ; -2] ou]+2 ; +4]	0	Indice 1,6 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Indice 1,6 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	38 €	31 €	104 €			
	Sphère	[-4 ; -2]	[0 ; +4]	Précalibrage	Précalibrage						
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0	Précalibrage	Précalibrage					
3	Sphère	[-6 ; -4] ou]+4 ; +6]	0	Indice 1,67 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Indice 1,67 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	58 €	51 €	124 €			
	Sphère	[-6 ; -4]	[0 ; +4]	Précalibrage	Précalibrage						
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0	Précalibrage	Précalibrage					
4	Sphère	[-8 ; -6] ou]+6 ; +8]	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	76 €	70 €	144 €			
	Sphère	[-8 ; -6]	[0 ; +4]	Précalibrage	Précalibrage						
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0	Précalibrage	Précalibrage					
5	Sphère	< -8 ou > +8	0	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	Indice 1,74 Traitement contre les rayures Traitement antireflet intégrant anti UV	104 €	82 €	165 €			
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4	Précalibrage	Précalibrage						
	Sphère	< -8	> 0	Précalibrage	Précalibrage						
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0	Précalibrage	Précalibrage						
Monture de classe B (RSS inclus)										60 €	