

Avenant n° 3 du 9 octobre 2020

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

NOR : ASET2050966M

IDCC : 489

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

CAP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FILPAC CGT ;

FCE CFDT ;

FIBOPA CFE-CGC ;

FG FO construction,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Le présent avenant s'inscrit dans le cadre de la politique de branche initiée depuis 2011 visant à permettre aux entreprises et aux salariés du secteur du cartonnage et des articles de papeterie d'avoir accès à des garanties de couverture de frais de santé complémentaires de celles légalement obligatoires, dans des conditions tarifaires optimales et mutualisées sur l'ensemble des salariés de la branche.

L'avenant n° 3 est conclu à l'issue de la procédure quinquennale d'appel d'offres, menée par la commission sociale paritaire, telle que définie par les dispositions des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, et visant à co-recommander trois organismes assureurs chargés de couvrir et d'organiser la gestion et la mutualisation des garanties complémentaires de frais de santé collectives et obligatoires mises en place par l'avenant n° 152 du 5 octobre 2015.

Le présent avenant adapte à effet du 1^{er} janvier 2021, les dispositions de l'avenant n° 152 conclu le 5 octobre 2015 et modifié par l'avenant n° 1 du 15 novembre 2017 et l'avenant n° 2 en date du 23 septembre 2019, relatif à la complémentaire santé au regard des dispositions du décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à cer-

tains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires et à adapter le contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (cahier des charges « Contrat responsable »).

Article 1^{er} | Recommandation

Les dispositions de l'article 12 relatives aux organismes recommandés pour la gestion des garanties de complémentaire santé collective sont supprimées et modifiées comme suit :

En application des dispositions des articles D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, une procédure de mise en concurrence a été organisée au terme de laquelle la commission sociale paritaire a procédé à la co-recommandation des 3 organismes assureurs suivants :

■ APGIS

Institution de prévoyance agréée par le ministère chargé de la sécurité sociale sous le n° 930, régie par les articles L. 931-1 et suivants du code de la sécurité sociale, SIREN n° 304-217-904.

Siège social : 12, rue Massue, 94684 Vincennes Cedex.

■ Harmonie mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.

Siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris.

■ PRO BTP ERP

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, régie par le code des assurances, RCS Paris B482 011 269.

Siège social : 7, rue du Regard, 75006 Paris.

Les modalités d'organisation de la co-recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximal de 5 ans à compter de la date d'effet du présent avenant.


À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.


(Voir page suivante.)

Article 2 | Annexe I « Prestations du régime »

L'annexe I est supprimée et modifiée comme suit :


GARANTIES CONVENTIONNELLES (BASE)



NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾ Garanties Conventionnelles (base)	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	250 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	250 % BR	200 % BR
Chambre particulière non remboursés par le RO	60 € par jour	
Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 16 ans non remboursés par le RO	60 € par jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	100 % FR	
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux		
- Consultations et visites de généraliste	100 % BR	100 % BR
- Consultations et visites de spécialiste	170 % BR	150 % BR
- Actes techniques médicaux	170 % BR	150 % BR
- Actes d'imagerie médicale	170 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux	150 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	
Médicaments		
- Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
- Vaccins prescrits mais non remboursés par le RO	Néant	
- Contraceptions prescrites mais non remboursées par le RO	Néant	
- Patch anti-tabac	Néant	
Matériel médical	100 % BR + 400 € par an et par bénéficiaire	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend effet le 1er janvier 2021 en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée		
Équipement « 100% SANTE » *	100 % FR * 	
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	100 % BR + 400 € par oreille appareillée, limité à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	Telle que définie à la garantie Matériel médical	

OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées	
Équipement « 100% SANTE » *	100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)	
o Sphère de -6 à +6	90 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	100 €
o Sphère < -8 ou > +8	110 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	100 €
o Cylindre < +4 sphère de +0,25 à +6 et S ≤ 6	100 €
o Cylindre < +4 sphère de +0,25 à +6 et S > 6	120 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	110 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120 €
o Cylindre > +4 sphère de +0,25 à +6 et S ≤ 6	100 €
o Cylindre > +4 sphère de +0,25 à +6 et S > 6	120 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	130 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)	
o Sphère de -4 à +4	160 €
o Sphère < -4 ou > +4	170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Sphère de -8 à +8	180 €
o Sphère < -8 ou > +8	190 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	150 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	150 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Kératochirurgie	300 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	300 % BR
Dent non visible	250 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	300 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	150 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	300 % BR
- Non remboursée par le RO	200 % BRR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	300 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	900 € par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	150 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	100 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	Néant
- Psychologue non remboursé par le RO	Néant
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI


GARANTIES CONVENTIONNELLES (BASE) + OPTION 1



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

OPTIQUE	
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO	
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées	
Équipement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	100% FR * 
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	
- Monture :	100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)	
o Sphère de -6 à +6	110 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	120€
o Sphère < -8 ou > +8	130€
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	120 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6	120 €
o Cylindre < +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	140 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	130 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	140 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S <= 6	120 €
o Cylindre > +4 sphère de + 0,25 à + 6 et S > 6	140 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	150€
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)	
o Sphère de -4 à +4	180 €
o Sphère < -4 ou > +4	190 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)	
o Sphère de -8 à +8	200 €
o Sphère < -8 ou > +8	210 €
- Prestations d'adaptation	100 % BR
Lentilles correctrices	
- Remboursées par le RO	250 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	250 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques	
- Kératochirurgie	500 € par œil
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)	100% FR * 
Soins Hors « 100% SANTE » *	
- Soins dentaires	100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *	
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	
Dent visible	375 % BR
Dent non visible	300 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)	400 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	200 % BR
Orthodontie	
- Remboursée par le RO	350 % BR
- Non remboursée par le RO	250 % BRR
Autres prestations dentaires	
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)	400 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie	1200€ par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité - Forfait maternité : naissance	250 € par naissance
Cure thermique - Remboursée par le RO	200 % BR
Médecine douce - Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage - Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100% BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	50 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue non remboursé par le RO	35 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

GARANTIES CONVENTIONNELLES (BASE) + OPTION 2

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

OPTIQUE		
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. (3) Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées		
Équipement « 100% SANTE » *		100% FR *
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		
- Monture :		100 € par monture
- Verres simple foyer, sphériques : (par verre)		
o Sphère de -6 à +6		130 €
o Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8		140 €
o Sphère < -8 ou > +8		150 €
- Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Cylindre < +4 sphère de -6 à 0		140 €
o Cylindre < +4 sphère de +0,25 à +6 et S ≤ 6		140 €
o Cylindre < +4 sphère de +0,25 à +6 et S > 6		160 €
o Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6		150 €
o Cylindre > +4 sphère de -6 à 0		160 €
o Cylindre > +4 sphère de +0,25 à +6 et S ≤ 6		140 €
o Cylindre > +4 sphère de +0,25 à +6 et S > 6		160 €
o Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6		170 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphériques : (par verre)		
o Sphère de -4 à +4		200 €
o Sphère < -4 ou > +4		210 €
- Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques : (par verre)		
o Sphère de -8 à +8		220 €
o Sphère < -8 ou > +8		230 €
- Prestations d'adaptation		100 % BR
Lentilles correctrices		
- Remboursées par le RO		350 € par an et par bénéficiaire
- Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)		350 € par an et par bénéficiaire
Autres prestations optiques		
- Kératochirurgie		800 € par œil
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2)		100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » *		
- Soins dentaires		100 % BR
- Soins dentaires avec dépassement, Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre		250 % BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *		
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre		
Dent visible		475 % BR
Dent non visible		350 % BR
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes)		500 € par dent, limité à 3 dents par an et par bénéficiaire
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre		250 % BR
Orthodontie		
- Remboursée par le RO		450 % BR
- Non remboursée par le RO		350 % BR
Autres prestations dentaires		
- Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)		500 € par implant, limité à 3 implants par an et par bénéficiaire
- Parodontologie		1500 € par an et par bénéficiaire

AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité	
- Forfait maternité : naissance	350 € par naissance
Cure thermique	
- Remboursée par le RO	300 % BR
Médecine douce	
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage	
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR
- Diététicien pour les bénéficiaires de moins de 16 ans	100 € par an et par bénéficiaire
- Psychologue non remboursé par le RO	50 € par séance, limité à 5 séances par an et par bénéficiaire
Assistance à domicile	OUI
Plateforme conseil	OUI

PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES CONVENTIONNELLES ET OPTIONNELLES

ABRÉVIATIONS :

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

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

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

(1) Selon les dispositions prévues au Contrat.

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

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

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

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

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

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

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

Article 4 | Révision

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

Article 5 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 et ce pour une durée indéterminée.

Article 6 | Dépôt et publicité

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

Fait à Paris, le 9 octobre 2020.

(Suivent les signatures.)