

Brochure n° 3029 | Convention collective nationale

IDCC : 493 | **VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS, SIROPS, SPIRITUEUX  
ET LIQUEURS DE FRANCE**

**Avenant n° 3 du 9 octobre 2020**

à l'accord du 1<sup>er</sup> avril 2015  
relatif au régime complémentaire frais de santé

NOR : ASET2051056M

IDCC : 493

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

**CNVS,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**FGTA FO ;**

**FGA CFDT ;**

**SNCEA CFE-CGC ;**

**FNAF CGT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Les partenaires sociaux de la branche des industries et des commerces en gros des vins, cidres, spiritueux, sirops, jus de fruits et boissons diverses ont élaboré, négocié et conclu le 1<sup>er</sup> avril 2015 un accord instituant un régime de remboursements complémentaires des frais de santé au profit de l'ensemble des salariés cadres et non cadres des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France du 13 février 1969 (IDCC 493) modifiée.

Les parties au présent accord ont entendu actualiser l'accord du 1<sup>er</sup> avril 2015 en apportant les modifications nécessaires à sa mise en conformité avec l'évolution des dispositions légales et réglementaires applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, en tenant compte du délai accordé par l'instruction ministérielle n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales pour adapter les accords collectifs.

Dans ce cadre, les partenaires sociaux ont convenu d'apporter les modifications suivantes à l'article 5.4 afin de mettre en conformité les garanties proposées tant obligatoires qu'optionnelles.

L'article 5.4 est modifié ainsi :

**« Article 5.4 | Conditions et tableaux des garanties**

Les actes et frais de santé relevant des postes mentionnés aux tableaux des garanties ci-après sont couverts par le régime.

Les prestations sont limitées aux frais réels restants à charge du salarié après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et compte tenu des pénalités, contributions forfaitaires et franchises médicales.

En d'autres termes, sont exclus de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions non pris en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau des garanties.

Les prestations présentent un niveau de garanties supérieur au panier de soins minimum tel que défini par la réglementation applicable, notamment l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur. En cas de modification de ce dernier, les parties entreront en négociations pour adapter le régime. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, aucune information ne pouvant être recueillie à cette fin.

Les tableaux ci-dessous mentionnés à l'article 5.4.1 font apparaître le niveau de base des garanties conventionnelles, que doit *a minima* respecter l'ensemble des entreprises entrant dans le champ d'application du présent accord.

Définitions :

SS : sécurité sociale.

RSS : remboursement de la sécurité sociale – montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'événement.

BR : base de remboursement de la sécurité sociale : tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

BRR : base de remboursement reconstituée : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

FR : frais réels : totalité des dépenses engagées pour les prestations de santé ;

TM : ticket modérateur.

TC : tarif de convention.

DPTAM : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : contrats mis en place entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

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.

SOINS COURANTS	Régime de base conventionnel
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>	
Consultations et visites - Médecins adhérents aux DPTAM (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	60% BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux DPTAM (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	40% BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux DPTAM	60% BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux DPTAM	40% BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.)	60% BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, etc.)</b>	
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux DPTAM	60% BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux DPTAM	40% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	60% BR
<b>MEDICAMENTS</b>	
Médicaments remboursés par la SS	100% TM
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>	
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, etc.	100% BR

HOSPITALISATION (y compris obstétrique)	Régime de base conventionnel
<b>HONORAIRES</b>	
Honoraires - Praticiens adhérents aux DPTAM	300% BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux DPTAM	200% BR - RSS
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge intégrale
<b>FRAIS DE SEJOUR</b>	
Frais de séjour conventionnés	100% FR - RSS
Frais de séjour non conventionnés	100% BR - RSS
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Chambre particulière par jour	70 € <sup>(1)</sup>
Frais d'accompagnant par jour	
Moins de 16 ans	25 €
Soins post-opératoires	30% BR
<b>FORFAIT ACTES LOURDS</b>	Prise en charge intégrale

DENTAIRE		Régime de base conventionnel
SOINS		
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, etc.)	100% TM	
SOINS ET PROTHESES « 100 % SANTE »		
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	
PROTHESES		
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maitrisés :		
Couronne ou inter de bridge sur incisives, canines et 1 <sup>ères</sup> prémolaires	330% BR (n° dents : finissant par 1 à 4) dans la limite des HLF	
Couronne ou inter de bridge sur 2 <sup>èmes</sup> molaires et dents de sagesse	150% BR (n° dents : finissant par 5 à 8) dans la limite des HLF	
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR dans la limite des HLF	
Inlay Core pris en charge par la SS	35% BR dans la limite des HLF	
Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	220% BR par appareil dans la limite des HLF	
Autres prothèses dentaires prises en charge pas la SS	200% BR dans la limite des HLF	
Inlay / Onlay	245% BR dans la limite des HLF	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres :		
Couronne ou inter de bridge sur incisives, canines et 1 <sup>ères</sup> prémolaires	330% de la BR (n° dents : finissant par 1 à 4)	
Couronne ou inter de bridge sur 2 <sup>èmes</sup> molaires et dents de sagesse	150% BR (n° dents : finissant par 5 à 8)	
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR	
Inlay Core pris en charge par la SS	35% BR	
Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	220% BR par appareil	
Autres prothèses dentaires prises en charge pas la SS	200% BR	
Inlay / Onlay	245% BR	
ORTHODONTIE		
Orthodontie - semestre actif pris en charge ou non par la SS	100% BR par semestre actif	
Orthodontie - contention prise en charge ou non par la SS	45% BR la 1 <sup>ère</sup> année 65% BR la 2 <sup>ème</sup> année	
Orthodontie - autres actes pris en charge	100% BR	
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses « 100 % Santé »)		
Plafond dentaire par an par bénéficiaire	1300 € par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques (hors soins et prothèses 100% Santé, orthodontie et implantologie). Au-delà : 55% BR	

OPTIQUE		Régime de base conventionnel
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (une monture + deux verres) par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.		
EQUIPEMENT « 100 % SANTE » (*)		
Monture + 2 verres de tous types (CLASSE A)	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)		
Verres unifocaux ou multifocaux / progressifs (dans réseau)		
Verres unifocaux		
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	35 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	75 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	75 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	100 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	100 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	120 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	120 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	160 €	
Verres multifocaux ou progressifs		
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	141 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	171 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	171 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	200 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	200 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	210 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	210 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	234 €	
Verres unifocaux ou multifocaux / progressifs (hors réseau)		
Verres unifocaux		
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	35 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	75 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	75 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	100 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	100 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	120 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	120 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	160 €	
Verres multifocaux ou progressifs		
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	130 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	170 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	170 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	200 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	200 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	210 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	210 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	230 €	
Monture	100 €	

PRESTATION D'ADAPTATION	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
LENTILLES	
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	150 € par an et par bénéficiaire <sup>(2)</sup>
CHIRURGIE REFRACTIVE	200 € par œil

AIDE AUDITIVE Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille.	Régime de base conventionnel
EQUIPEMENT « 100 % SANTE » (*)	
Aide auditive remboursée par la SS (CLASSE I)	
> Du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des PLV de la classe I
> A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
Aide auditive remboursée par la SS	100% BR par appareil
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS	
Petits accessoires auditifs (piles, etc.)	100% TM

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	Régime de base conventionnel
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE	3 fois 20 € par an et par bénéficiaire
Homéopathie	Inclus
Acupuncture	Inclus
Ostéopathie	Inclus
Chiropractie	Inclus
Densitométrie osseuse	50 € par an et par bénéficiaire
FORFAIT GLOBAL VACCINS PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	50 € par an et par bénéficiaire
VACCINS REMBOURSES PAR LA SS	35% BR

DIVERS	Régime de base conventionnel
<b>TRANSPORT</b>	
Frais de transport remboursés par la SS	35% BR
Frais de transport non remboursés par la SS	100% BRR
<b>CURES THERMALES</b>	
Cures thermales remboursées par la SS par an par bénéficiaire	156,45 €
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>	
Forfait maternité	156,45 € <sup>(3)</sup>

Note <sup>(1)</sup> La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé, et à 60 jours en rééducation.

Note <sup>(2)</sup> Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS.

Note <sup>(3)</sup> L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple.

(\*) Tels que définis règlementairement / **Optique et paniers de soins 100% Santé avec prise en charge intégrale** : les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

#### Article 5.4.2 | Régimes optionnels à titre indicatif

À titre optionnel, afin d'orienter les entreprises du secteur qui souhaiteraient compléter les garanties du régime obligatoire conventionnel de base au bénéfice de leurs salariés et éventuellement de leurs conjoints et enfants à charge, les partenaires sociaux ont par ailleurs réfléchi aux garanties qui pourraient être améliorées afin de tenir compte des priorités fixées au sein de la branche en matière de complémentaire frais de santé.

Les grilles de garanties plus favorables optionnelles ci-dessous sont donc proposées à titre indicatif (incluant celles du régime de base conventionnel) :

*(Voir page suivante.)*

SOINS COURANTS	Régimes optionnels	
	Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		
Consultations et visites - Médecins adhérents aux DPTAM (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% BR	300% BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux DPTAM (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	80% BR	200% BR - RSS
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux DPTAM	100% BR	300% BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux DPTAM	80% BR	200% BR - RSS
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.)	100% BR	300% BR
<b>ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, etc.)</b>		
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux DPTAM	100% BR	300% BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux DPTAM	80% BR	200% BR - RSS
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	100% BR	300% BR
<b>MEDICAMENTS</b>		
Médicaments remboursés par la SS	100% TM	100% TM
<b>MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)</b>		
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, etc.	150% BR	300% BR

HOSPITALISATION (y compris obstétrique)	Régimes optionnels	
	Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
HONORAIRES		
Honoraires - Praticiens adhérents aux DPTAM	100% FR - RSS	100% FR - RSS
Honoraires - Praticiens non adhérents aux DPTAM	200% BR - RSS	200% BR - RSS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale	
FRAIS DE SEJOUR		
Frais de séjour conventionnés	100% FR - RSS	100% FR - RSS
Frais de séjour non conventionnés	100% BR - RSS	100% BR - RSS



AUTRES PRESTATIONS		
Chambre particulière par jour	100% FR <sup>(1)</sup>	100% FR <sup>(1)</sup>
Frais d'accompagnant par jour		
Moins de 16 ans	35 €	50 €
Soins post-opératoires	100% FR - RSS	100% FR - RSS
<b>FORFAIT ACTES LOURDS</b>	Prise en charge intégrale	

DENTAIRE	Régimes optionnels	
	Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
SOINS		
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% TM	100% TM
SOINS ET PROTHESES « 100 % SANTE »		
Soins et prothèses « 100 % Santé » (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	
PROTHESES		
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés :		
Couronne ou inter de bridge sur incisives, canines et 1 <sup>ères</sup> prémolaires	330% BR (n° dents : finissant par 1 à 5) dans la limite des HLF	330% BR (n° dents : finissant par 1 à 6) dans la limite des HLF
Couronne ou inter de bridge sur 2 <sup>èmes</sup> molaires et dents de sagesse	150% BR (n° dents : finissant par 6 à 8) dans la limite des HLF	150% BR (n° dents : finissant par 7 à 8) dans la limite des HLF
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR dans la limite des HLF	330% BR dans la limite des HLF
Inlay Core pris en charge par la SS	55% BR dans la limite des HLF	73% BR dans la limite des HLF
Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	340% BR par appareil dans la limite des HLF	340% BR par appareil dans la limite des HLF
Autres prothèses dentaires prises en charge pas la SS	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Inlay / Onlay	245% BR dans la limite des HLF	365% BR dans la limite des HLF
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres :		
Couronne ou inter de bridge sur incisives, canines et 1 <sup>ères</sup> prémolaires	330% BR (n° dents : finissant par 1 à 5)	330% BR (n° dents : finissant par 1 à 6)
Couronne ou inter de bridge sur 2 <sup>èmes</sup> molaires et dents de sagesse	150% BR (n° dents : finissant par 6 à 8)	150% BR (n° dents : finissant par 7 à 8)
Couronne sur implant ou inter de bridge sur implant	330% BR	330% BR
Inlay Core pris en charge par la SS	55% BR	73% BR
Appareil amovible définitif pris en charge par la SS	340% BR par appareil	340% BR par appareil

Autres prothèses dentaires prises en charge pas la SS	200% BR	200% BR
Inlay / Onlay	245% BR	365% BR
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS</b>		
<b>Implantologie :</b>		
Implant racine	400 € (maximum 1 fois par an)	400 € (maximum 2 fois par an)
Pilier implantaire	100 € (maximum 1 fois par an)	200 € (maximum 2 fois par an)
<b>Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire</b>	250 €	500 €
<b>Actes et scanner (tomodensitométrie) et procédés pré-implantaires (wax up, guide chirurgical)</b>	Néant	70 €
<b>ORTHODONTIE</b>		
Orthodontie - semestre actif pris en charge ou non par la SS	200% BR par semestre actif	310% BR par semestre actif
Orthodontie - contention prise en charge ou non par la SS	62% BR la 1 <sup>ère</sup> année et 93% BR la 2 <sup>ème</sup> année	90% BR la 1 <sup>ère</sup> année et 140% BR la 2 <sup>ème</sup> année
Orthodontie - autres actes pris en charge	100% BR	175% BR
<b>PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses « 100 % Santé »)</b>		
Plafond dentaire par an par bénéficiaire	2000 € par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques (hors soins et prothèses 100% Santé, orthodontie et implantologie). Au-delà : 55% BR	3000 € par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques (hors soins et prothèses 100% Santé, orthodontie et implantologie). Au-delà : 55% BR

OPTIQUE		Régimes optionnels	
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement (une monture + deux verres) par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.		Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
EQUIPEMENT « 100 % SANTE » (*)			
Monture + 2 verres de tous types (CLASSE A)		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Verres unifocaux ou multifocaux / progressifs (dans réseau)			
Verres unifocaux			
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	69 €	140 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	85 €	140 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	85 €	140 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	110 €	160 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	110 €	160 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	150 €	300 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	150 €	300 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	190 €	300 €	
Verres multifocaux ou progressifs			
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	160 €	300 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	190 €	300 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	190 €	300 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	230 €	300 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	230 €	300 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	250 €	300 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	250 €	300 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	280 €	350 €	
Verres unifocaux ou multifocaux / progressifs (hors réseau)			
Verres unifocaux			
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	60 €	70 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	85 €	100 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	85 €	100 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	110 €	130 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	110 €	130 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	150 €	180 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	150 €	180 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	190 €	220 €	
Verres multifocaux ou progressifs			
Sphère de 0 à 2 et cylindre inférieur ou égal à 2	150 €	170 €	
Sphère de 0 à 2 et cylindre de 2,25 à 4	190 €	220 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre inférieur ou égal à 2	190 €	220 €	
Sphère de 2,25 à 4 et cylindre de 2,25 à 4	230 €	260 €	
Sphère de 4,25 à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	230 €	260 €	
Sphère de 6,25 à 8 et tous cylindres	250 €	300 €	
Sphère de 0 à 8 et cylindre supérieur ou égal à 4,25	250 €	300 €	
Sphère supérieure ou égale à 8,25 et tous cylindres	280 €	320 €	
Monture	100 €	100 €	

PRESTATION D'ADAPTATION		
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
LENTILLES		
Lentilles correctrices remboursées ou non par la SS (y compris jetables)	250 € par an et par bénéficiaire <sup>(2)</sup>	250 € par an et par bénéficiaire <sup>(2)</sup>
CHIRURGIE REFRACTIVE	350 € par œil	500 € par œil

AIDE AUDITIVE Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille.	Régimes optionnels	
	Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
EQUIPEMENT « 100 % SANTE » <sup>(*)</sup>		
Aide auditive remboursée par la SS (CLASSE I)		
> Du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020	Se référer à la prise en charge de la classe II dans la limite des PLV de la classe I	
> A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	
Aide auditive remboursée par la SS	150% BR par appareil	300% BR par appareil
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS		
Petits accessoires auditifs (piles, etc.)	100% TM	100% TM

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	Régimes optionnels	
	Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE	4 fois 30 € par an et par bénéficiaire	4 fois 40 € par an et par bénéficiaire
Homéopathie	Inclus	Inclus
Acupuncture	Inclus	Inclus
Ostéopathie	Inclus	Inclus
Chiropractie	Inclus	Inclus
Densitométrie osseuse	75 € par an et par bénéficiaire	75 € par an et par bénéficiaire
FORFAIT GLOBAL VACCINS PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
VACCINS REMBOURSES PAR LA SS	100% BR	100% BR

DIVERS	Régimes optionnels	
	Base + Niveau 1	Base + Niveau 2
<b>TRANSPORT</b>		
Frais de transport remboursés par la SS	35% BR	50% BR
Frais de transport non remboursés par la SS	100% BRR	100% BRR
<b>CURES THERMALES</b>		
Cures thermales remboursées par la SS par an par bénéficiaire	312,90 €	375,48 €
<b>NAISSANCE - ADOPTION</b>		
Forfait maternité	312,90 € <sup>(3)</sup>	375,48 € <sup>(3)</sup>

Note <sup>(1)</sup> La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé, et à 60 jours en rééducation.

Note <sup>(2)</sup> Au-delà du forfait, prise en charge du TM pour les lentilles remboursées par la SS.

Note <sup>(3)</sup> L'allocation est forfaitaire et s'applique une seule fois en cas de naissance multiple.

(\*) Tels que définis règlementairement / **Optique et paniers de soins 100% Santé avec prise en charge intégrale** : les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement. »

## Article 2 | *Durée, entrée en vigueur et effets*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et est applicable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les employeurs membres ou adhérents des organisations signataires et au plus tard le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'arrêté portant extension de ses dispositions aura été publié au *Journal officiel*.

Cet avenant pourra faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Par ailleurs, conformément aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 et suivants du code du travail, le présent avenant pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est conventionnellement fixée à 3 mois. La dénonciation ne peut que concerner la totalité de l'accord et de ses avenants ultérieurs.

À cet égard, toute organisation signataire ou ayant adhéré au présent accord peut le dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée aux autres organisations signataires.

Cet avenant s'incorpore à l'accord national du 1<sup>er</sup> avril 2015 qu'il modifie.

Les dispositions du présent avenant sont applicables de façon indifférenciée à l'ensemble des entreprises relevant de la branche et concernent donc de façon identique les entreprises de moins de cinquante (50) salariés et de cinquante (50) salariés et plus, afin de garantir à l'ensemble des salariés de la branche une couverture uniforme, dont les garanties ont tenu compte lors de leur définition de la structure et de la taille des entreprises de la branche.

### **Article 3 | Dépôt, extension et publicité**

Conformément aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du code du travail, le présent avenant est notifié et déposé en deux exemplaires, dont une version sur support papier ainsi qu'une version sur support électronique, et remis au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Les parties signataires conviennent d'en demander l'extension auprès du ministre chargé du travail, de l'emploi et de l'insertion.

En application de l'article L. 2231-5-1 du code du travail, le présent accord fera l'objet d'une publication sur la base de données nationale en ligne des accords collectifs.

*Fait à Paris, le 9 octobre 2020.*

(Suivent les signatures.)