

Convention collective nationale

IDCC : **3236 | INDUSTRIE ET SERVICES NAUTIQUES**
(13 octobre 2020)

Avenant n° 2 du 30 mars 2021

à l'accord du 21 septembre 2015
relatif au régime de couverture complémentaire de frais de santé

NOR : ASET2150486M

IDCC : 3236

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

FIN,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFDT chimie, énergie ;

CFE-CGC métallurgie,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Considérant la volonté des partenaires sociaux de pérenniser le régime de prévoyance et de le rendre plus attractif, les parties décident de procéder à un ajustement du taux de cotisations et d'apporter des améliorations de garanties à compter du 1^{er} avril 2021.

Les parties conviennent de modifier les termes de l'article 5 intitulé « Prestations et cotisations du régime de couverture complémentaire de frais de santé » de l'accord frais de santé du 21 septembre 2015 à la convention collective nationale de l'industrie et services nautiques, comme suit.

Article 1^{er} | Prestations et cotisations du régime de couverture complémentaire de frais de santé

Article 1.1 | Garanties

L'article 5.1 est modifié comme suit :

(Voir page suivante.)

« Régime de base conventionnel (contrat responsable)

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

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-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 de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	240 % de la BR
Forfait journalier hospitalier	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires	
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	240 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
Chambre particulière	1,5% PMSS par jour limité à 20 jours par année civile
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de –16 ans	Néant

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	130 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, diététique, étiopathie,	Crédit de 25 € par séance, limité à 4 séances par année civile
– nutritionniste, psychologie, psychomotricité ⁽¹⁾	

(1) Voir note page suivante.

Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	100 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Médicaments	
Remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
Médicaments prescrits	Néant
Pharmacie (hors médicaments)	
Remboursées par la Sécurité sociale	100 % de la BR
Non remboursés par la Sécurité sociale	
Pharmacie prescrite	Néant
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % de la BR
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

Aides auditives	
Postes	Niveaux d'indemnisation
JUSQU'AU 31/12/2020	
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale	
Aides auditives	100 % de la BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR
À COMPTER DU 01/01/2021	
Équipements 100 % Santé ⁽²⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire et pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipements libres ⁽⁴⁾	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽³⁾	100 % de la BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽³⁾	100 % de la BR
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % de la BR

(1) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

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

(3) 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).

(4) Équipement de Classe II tels que définis réglementairement. S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700€ RSS inclus au 01/01/2021).

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
Soins et prothèses 100 % Santé ⁽¹⁾	
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des HLF
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Prothèses	
Panier maitrisé ⁽²⁾	
- Inlay, onlay	170 % de la BR dans la limite des HLF
- Inlay core	170 % de la BR dans la limite des HLF
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR dans la limite des HLF
Panier libre ⁽³⁾	
- Inlay, onlay	170 % de la BR
- Inlay core	170 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	220 % de la BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	170 % de la BR
Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	
Orthodontie	225 % de la BR
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	5% PMSS par année civile
Parodontologie	Crédit de 5 % du PMSS par année civile
Orthodontie	Néant

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

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

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

Optique

Postes

Niveaux d'indemnisation

Équipements 100 % Santé ⁽¹⁾

Équipement de Classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Équipement de Classe A : Enfant de - de 16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Prestations d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe A	RSS + 100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité Sociale dans la limite des PLV

Équipements libres ⁽³⁾

Équipement de Classe B : Adulte et Enfants de 16 ans et + (monture +2 verres) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres (dont 100 € maximum pour la monture)
Équipement de Classe B : Enfants de - 16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾	

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 ou B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Supplément pour verres avec filtres de Classe B	100 % de la BR dans la limite des PLV
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antipétosis / verres iséiconiques)	100 % de la BR

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR + 2 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Crédit de 2 % du PMSS par année civile

(1) Équipements 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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B..

(2) Conditions de renouvellement

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

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

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

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

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

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

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

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

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

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

— les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

— les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :

- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

– les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

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

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

– une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. 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.

(3) Équipements 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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

— du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;

— du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

Grille optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part sécurité sociale.

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par équipement (monture + 2 verres)	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	153 €	153 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	250 €	250 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	153 €	153 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	153 €	153 €
		SPH > 0 et S > + 6	250 €	250 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	250 €	250 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	250 €	250 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	250 €	250 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	250 €	250 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	250 €	250 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	250 €	250 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	250 €	250 €
		SPH > 0 et S > + 8	250 €	250 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	250 €	250 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	Néant
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	Néant

L'article 5.2 est modifié comme suit :

« Régime optionnel à adhésion facultative (contrat responsable) »

Les dispositions de l'accord sont adaptées pour intégrer les aménagements suivants :

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément des prestations versées par la sécurité sociale et du régime complémentaire de base, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Les prestations exprimées sous forme de forfait ou de crédit s'entendent par bénéficiaire.

Les prestations s'entendent pour le secteur conventionné comme pour le secteur non conventionné.

Abréviations :

BR = Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de remboursement.

CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux.

D.P.T.M. = Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, à savoir :

– OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée.

– OPTAM CO = Option pratique tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens et les obstétriciens.

FR = Frais réels engagés par le bénéficiaire.

HLF = Honoraires Limites de Facturation, fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PLV = Prix Limites de Vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (vous pouvez retrouver la valeur du PMSS à l'adresse internet :

<https://www.ameli.fr/entreprise/demarches/montants-reference/plafond-securite-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 de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS).

€ = Euro.

Hospitalisation

Postes	Niveaux d'indemnisation
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	+ 40 % de la BR
– Actes de chirurgie (ADC), actes d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM), autres honoraires	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 40 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	+ 50 % de la BR
Chambre particulière	+1,40 % du PMSS par jour limité à 20 jours par année civile
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de –16 ans	1 % du PMSS par jour limité à 20 jours par année civile

Transport

Postes	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé par la Sécurité sociale	+30 % de la BR

Soins courants

Postes	Niveaux d'indemnisation
Honoraires médicaux	
Remboursés par la Sécurité sociale	
– Généralistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 70 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	Néant
– Spécialistes (consultations, visites)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 40 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	Néant
– Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 40 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	Néant
– Actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)	
• Pour les médecins adhérents à un D.P.T.M.	+ 20 % de la BR
• Pour les médecins non adhérents à un D.P.T.M.	Néant
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, diététique, étiopathie, nutritionniste, psychologie, psychomotricité ⁽¹⁾	+ 5 € par séance limité à 4 séances par année civile
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Sécurité sociale)	+ 10 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale, remboursés par la Sécurité sociale	+ 10 % de la BR
Médicaments	
Non remboursés par la Sécurité sociale	
– Médicaments prescrits	1 % du PMSS par année civile
Pharmacie (hors médicaments)	
Non remboursée par la Sécurité sociale	
– Pharmacie prescrite	1 % du PMSS par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale (hors auditives, dentaires et d'optique)	+ 10 % de la BR

(1) Si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

Aides auditives

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

JUSQU'AU 31/12/2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale

Aides auditives	+ 10 % de la BR
-----------------	-----------------

À COMPTER DU 01/01/2021

Équipements libres ⁽¹⁾

Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^e anniversaire ⁽²⁾	+ 10 % de la BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^e après correction) ⁽²⁾	+ 10 % de la BR

(1) Équipements 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).

(2) 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).

Dentaire

Postes	Niveaux d'indemnisation
--------	-------------------------

Prothèses

Panier maîtrisé ⁽¹⁾	
- Inlay, onlay	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF ⁽²⁾
- Inlay core	+ 150 % de la BR dans la limite des HLF ⁽²⁾
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 100 % de la BR dans la limite des HLF ⁽²⁾
Panier libre ⁽³⁾	
- Inlay, onlay	+ 100 % de la BR
- Inlay core	+ 150 % de la BR
- Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 100 % de la BR

Autres actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie	+ 25 % de la BR
-------------	-----------------

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Implants dentaires (la garantie implantologie comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier)	+ 7 % du PMSS par année civile dans la limite de 3 implants par an
Orthodontie	150 % de la BR

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

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

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

Optique

Postes

Niveaux d'indemnisation

Équipements libres ⁽¹⁾

Équipement de Classe B : Adulte et Enfants de 16 ans et + (monture + 2 verres) ⁽²⁾	Montants indiqués dans la grille optique ci-après en fonction des types de verres (dont 100 € maximum pour la monture)
Équipement de Classe B : Enfants de - 16 ans (monture + 2 verres) ⁽²⁾	

Autres dispositifs médicaux d'optique

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	+ 3 % du PMSS par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	+ 8 % du PMSS par année civile

(1) Équipements 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.

La prise en charge de l'élément de Classe A de l'équipement est intégrale, après intervention de la Sécurité sociale, dans le respect des PLV. La prise en charge de l'élément de Classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond Classe B du contrat, correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de Classe A pour la monture de Classe B ;
- du coût de la monture de Classe A pour les verres de Classe B.

(2) Conditions de renouvellement

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

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

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

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

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

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

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

– les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome ;
- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

– les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :

- diabète ;
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- hypertension artérielle mal contrôlée ;
- sida ;
- affections neurologiques à composante oculaire ;
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

– les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

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

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

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. 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.

Grille optique

Les montants indiqués dans la grille optique s'entendent y compris la part sécurité sociale.

(Voir page suivante.)

Verres unifocaux / multifocaux / progressifs	Avec / Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Remboursement par équipement (monture + 2 verres)	
			Adulte et Enfant de 16 ans et +	Enfant de - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 ⁽¹⁾	+ 255 €	+ 255 €
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 330 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 250 €	+ 250 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 250 €	+ 250 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 330 €	+ 330 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 330 €	+ 330 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 330 €	+ 330 €
Multifocaux et progressifs	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+255 €	+ 255 €
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 330 €	+ 330 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 330 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 330 €	+ 330 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 330 €	+ 330 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 330 €	+ 330 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 330 €	+ 330 €

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

Autres frais

Postes	Niveaux d'indemnisation
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Frais de traitement et honoraires	100 % du TM
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré	10 % du PMSS

Article 1.2 | Cotisations

L'article 5.4 est modifié comme suit :

« Les taux de cotisation des garanties, exprimés en pourcentage du plafond sécurité sociale sont fixés à :

Régime de base convention collective nationale à adhésion obligatoire pour le salarié uniquement

	Régime général	Régime local
	Taux en % du PMSS	
Cotisation Salarié - Appel entreprise	0,96% (*)	0,55
Cotisation Conjoint - Appel individuel	1,05%	0,59
Cotisation Enfant - Appel individuel	0,59%	0,39

(*) La cotisation "salarié" de 0,96% est appelé à 0,93%

	Régime général et local
	Taux en % du PMSS
Cotisations Salarié - Appel individuel sur compte bancaire	0,32%
Cotisation Conjoint - Appel individuel sur compte bancaire	0,36%
Cotisation Enfant - Appel individuel sur compte bancaire	0,13%

Loi "Évin"

Les tarifs applicables aux personnes visées ci-dessus sont déterminés dans le respect de la réglementation en vigueur. »

Article 2 | Dispositions finales

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée. Il entrera en vigueur le 1^{er} mai 2021.

Il est fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour notification à chacune des organisations représentatives dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du code du travail et dépôt dans les conditions prévues par l'article L. 2231-6 du même code.

Fait à Paris, le 30 mars 2021.

(Suivent les signatures.)