

Convention collective nationale

IDCC : **3237** | **MÉTIERS DU COMMERCE DE DÉTAIL ALIMENTAIRE
SPÉCIALISÉ**
(12 janvier 2021)

Accord du 19 mai 2021

relatif au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé

NOR : ASET2150621M

IDCC : 3237

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

Saveurs commerce ;

FNSCMF ;

2CP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGTA FO ;

FS CFDT ;

CSD CGT,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

À l'initiative des organisations professionnelles représentant les métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé, les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche ont conclu le 12 janvier 2021, un accord portant création de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237).

S'inspirant des dispositions de l'article L. 2261-33 du code du travail, les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche, afin de ne pas laisser de vide conventionnel, concluent le présent accord en reprenant les dispositions de remboursement de frais de soins de santé de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers (IDCC 1505) et en les mettant à jour afin de tenir compte de l'évolution de la législation, dans l'attente des négociations de branche qui suivront sur ce thème.

À cet effet, elles énoncent que le présent accord s'incorpore au sein de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé.

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, le présent accord ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés. Les dispositions du présent accord visent à assurer une couverture « santé » à l'ensemble des salariés des entreprises de la branche, quelle que soit la taille des structures qui les emploient.

Article 1^{er} | Objet

Le présent accord a pour objet d'instaurer un régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé au bénéfice des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application professionnel et territorial de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé.

Ce régime collectif de frais de soins de santé comporte nécessairement les éléments suivants :

- une couverture minimale de frais de soins santé à adhésion obligatoire pour le salarié seul, destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, composée :
 - d'un niveau de garantie dénommé « base obligatoire » ;
 - de 3 niveaux de garantie améliorée dénommés « option 1 » « option 2 » « option 3 » qui devront être souscrites par l'employeur soit dans le cadre d'une adhésion facultative dans la mesure où les partenaires sociaux sont sensibles à la possibilité pour le salarié d'améliorer sa couverture collective obligatoire s'il le souhaite et dans ce cas la cotisation de l'option choisie sera à sa charge exclusive, soit l'une d'entre elles sera souscrite par l'employeur dans le cadre d'une adhésion obligatoire et la (les) option(s) restante(s) supérieure(s) le sera (seront) dans un cadre facultatif ;
- et d'une couverture collective à adhésion facultative organisant la possibilité pour les salariés couverts à titre collectif, à leur charge exclusive, de faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes ;
- le maintien temporaire des garanties collectives dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, dispositif dénommé « portabilité santé » et selon les modalités fixées à l'article 4 *bis* du présent accord ;
- le maintien à titre gratuit des garanties collectives pour les salariés relevant de la législation « accident du travail/maladies professionnelles » dans les conditions de l'article 5 du présent accord ;
- le maintien à titre gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit du salarié décédé dans les conditions de l'article 10.1 du présent accord ;
- le maintien à l'identique des garanties collectives dans le cadre d'une solidarité intergénérationnelle anciens salariés/salariés actifs dans les conditions de l'article 10.2 du présent accord ;
- le maintien des garanties collectives en cas de suspension du contrat de travail selon les modalités fixées à l'article 11 du présent accord.

Article 2 | Hiérarchie des normes et accord d'entreprise

Conformément aux articles L. 2253-1, L. 2253-2 et L. 2253-3 du code du travail, l'accord de remboursement complémentaire de frais de soins de santé d'une branche professionnelle est un thème de négociation auquel il ne peut pas être dérogé. En conséquence, aucun accord d'entreprise ne pourrait venir diminuer les droits et obligations nés du régime de remboursement de frais de soins de santé visé par le présent accord.

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent accord selon l'une ou l'autre des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Article 3 | Bénéficiaires du régime

3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont bénéficiaires du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire l'ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l'article 1^{er} du présent accord, sans condition d'ancienneté.

3.2. Dispenses d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de soins de santé, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'employeur les ait préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7, III, 2^e alinéa et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi que celle de l'article R. 242-1-6, 2^o, c du code de la sécurité sociale.

Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au présent régime de frais de soins de santé :

- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :
 - les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à 3 mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;
- s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures ci-après mentionnées :
 - les salariés bénéficiant d'une couverture santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ;
 - les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations santé servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective et obligatoire ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire des industries électriques et gazières ;
 - mutuelles de la fonction publique territoriale ou d'État ;
 - « Madelin » (travailleurs non-salariés) ;
 - les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise santé et prévoyance confondues) au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au présent régime collectif obligatoire de frais de soins de santé dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées ci-dessous et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas

de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée sur le bulletin de paye.

3.3. Couverture collective à adhésion facultative des ayants droit du salarié

Au-delà du régime de base frais de soins de santé institué par le présent accord, les entreprises doivent proposer un dispositif collectif optionnel financé par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Par ayants droit, il convient d'entendre :

Conjoint du salarié

Ce vocable étant utilisé pour désigner :

- l'époux(se) du salarié(e), non divorcé(e) ou non séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;
- le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins.

Enfants du salarié

Ce vocable étant utilisé pour désigner les enfants du salarié légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :

- de moins de 21 ans, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28^e anniversaire pour les enfants :
 - poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;
 - poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (Centre national d'enseignement à distance) ;
 - inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo demandeurs d'emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo demandeurs d'emploi ;
- quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Article 4 | Prestations garanties

Les prestations du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » détaillées ci-après doivent bénéficier *a minima*, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des prestations garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les entreprises doivent proposer l'amélioration des prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant les 3 niveaux de garantie supérieurs dénommés « option 1 », « option 2 » et « option 3 ».

Les prestations garanties des 3 différentes options sont détaillées dans l'annexe du présent accord.

Les entreprises devront souscrire :

- soit aux 3 options dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; dans ce cas, la cotisation se rapportant à l'option choisie par le salarié est à sa charge exclusive ;
- soit à l'une des options dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire et la (les) option(s) restante(s) supérieure(s) dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; dans ce cas, l'entreprise devra satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal du régime collectif et obligatoire et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise).

Article 5 | *Maintien temporaire des garanties collectives du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de « portabilité santé »*

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture « base obligatoire » et, le cas échéant, au titre des couvertures « option » souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient du maintien à titre gratuit - c'est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dans les conditions fixées à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

- 1.** Le maintien de la (des) couverture(s) est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- 2.** Le bénéfice du maintien de la (des) couverture(s) est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- 3.** Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- 4.** L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- 5.** L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail ;
- 6.** La cessation de la couverture (des) couvertures intervient(interviennent) le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d'être couvert.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture « frais de santé » à la date de la cessation du contrat de travail.

En cas de changement d'organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur.

Le fonds de solidarité comprend un fonds de prévention et un fonds de secours, alimentés par un prélèvement sur les éventuels excédents du régime, dont les taux sont fixés annuellement par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI).

6.1. Fonds de prévention

Le fonds de prévention est destiné au financement des actions de la branche en matière de prévention et gestion du risque santé.

Comité de prévention

Le comité de prévention est composé des membres de la CPPNI et, le cas échéant, d'invités reconnus pour leur expertise et leur qualification, et validés par la CPPNI. Le comité se réunit au minimum deux fois par an et décide des actions à mener dans le domaine de la prévention santé, dans la limite des fonds disponibles.

Actions de prévention

Les actions de prévention sont liées aux risques santé spécifiques aux professions du commerce de détail alimentaire spécialisé et/ou aux risques de santé publique.

Prévention liée aux métiers

La mise en place d'une prévention santé au niveau de la branche vise à réduire les risques de santé futurs, le nombre d'arrêts de travail et leur durée, à favoriser le retour à l'emploi, à améliorer les conditions de vie au travail, la qualité de vie, des salariés et plus particulièrement en situation de fragilité.

La branche comportant un panel de métiers différents, le fonds de prévention participe au financement des programmes de prévention déclinés en fonction des risques et pathologies spécifiques à chaque métier.

Les actions de prévention peuvent prendre par exemple la forme de :

- études épidémiologiques adaptées aux spécificités de chaque profession (ex. : troubles musculosquelettiques...) ;
- consultations de prévention pouvant être intégralement prises en charge par le régime frais de santé (ex. : bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire...) ;
- accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex. : programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter...) ;
- moyen de mise en relation avec les professionnels de santé (par le biais des consultations de prévention) ;
- relais d'information et de communication : livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention.

Prévention liée aux risques de santé publique

Le comité de prévention peut décider de réaliser des actions de prévention en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers...), et rechercher des partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.

6.2. Fonds de secours

Le fonds de secours a pour objet le versement d'aides à caractère exceptionnel aux salariés les plus défavorisés ou les plus en détresse selon des critères que la CPPNI définit. Les aides

possèdent le caractère de secours, c'est-à-dire exceptionnel, individuel, en fonction des besoins et du niveau de ressources familiales du salarié et sans condition d'ancienneté, de position hiérarchique, et d'assiduité.

Les aides interviennent par exemple pour prendre en charge des dépenses :

- en complément de celles prises en charge par le régime de base de la sécurité sociale et par le régime de frais de soins de santé de la branche ;
- ou non prises en charge par le régime de base de la sécurité sociale (par exemple : frais de déplacement, d'hébergement, d'aide-ménagère, acheminement d'un proche au chevet d'un malade, etc.).

Article 7 | Cotisations et répartition

La cotisation est établie sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation sociale et fiscale en vigueur au moment de sa conclusion.

La cotisation sera revue, le cas échéant, en cas de changement de ces textes.

Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties en tout ou partie à cette occasion.

Les cotisations du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé sont mensuelles et sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

En conséquence, le montant des cotisations évoluera chaque 1^{er} janvier, selon l'évolution de la valeur du PMSS.

Les taux de cotisation du niveau de garantie dénommé « base obligatoire » sont fixés par salarié et par mois :

- au titre du régime général : 1,29 % du PMSS ;
- au titre du régime local d'Alsace-Moselle : 0,81 % du PMSS.

Chaque année, les taux des cotisations seront réexaminés par les parties signataires, en fonction des résultats du régime, de l'évolution des dépenses de santé et, également, des législations et réglementations fiscales, sociales et de l'assurance maladie.

Le cas échéant, compte tenu des résultats de cet examen, le taux des cotisations sera indexé, outre l'évolution de la valeur du PMSS, au minimum sur le dernier indice connu de l'évolution des dépenses de santé communiqué par les caisses nationales d'assurance maladie.

L'affiliation au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé des salariés bénéficiaires étant obligatoire, elle s'impose dans les relations individuelles de travail.

Les salariés concernés ne pourront pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre dudit régime. Ce précompte est expressément mentionné sur le bulletin de salaire du salarié.

La contribution de l'employeur sera au minimum de 50 % de la cotisation.

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties sont accordées.

Les salariés relevant de la législation « accident du travail/maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation correspondante aux garanties collectives, pendant 12 mois après 6 mois d'arrêt de travail.

Par garanties collectives, il convient d'entendre les garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de « base obligatoire » ou celles du régime obligatoire (base obligatoire + option) et de l'(les) option(s) restante(s) supérieure(s) souscrite(s) dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le sala-

rié doit avoir demandé à en bénéficier avant son arrêt de travail initial pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Cette gratuité interviendra le premier jour du mois qui suit les 6 mois d'arrêt de travail.

Toute reprise de travail ou toute cessation du contrat de travail met fin au bénéfice de la gratuité à compter du premier jour du mois qui suit la reprise d'activité ou la rupture du contrat de travail.

Cependant, tout salarié, qui reprend le travail moins de 6 mois après la date d'arrêt initial, conserve le bénéfice des jours d'arrêt écoulés pour le calcul de la franchise de 6 mois ouvrant droit à la gratuité, si le nouvel arrêt de travail est qualifié par la sécurité sociale de rechute de l'arrêt de travail initial pris en charge au titre de la législation « accidents du travail/maladie professionnelles ».

En cas de rechute au sens de la législation de la sécurité sociale « accidents du travail/maladies professionnelles », tout salarié qui reprend le travail ou tout ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, conserve son droit à gratuité dans la limite des mois gratuits restant à courir.

Article 8 | Cessation de la garantie

La couverture base obligatoire et, le cas échéant, les couvertures « option » souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ou dans un cadre collectif facultatif cesse tant pour le salarié que ses éventuels ayants droit à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu'à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail.

Article 9 | Maintien des garanties collectives

9.1. Maintien gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit d'assurés décédés

En cas de décès d'un salarié en activité dans une entreprise visée à l'article 1^{er} du présent accord, le régime de frais de soins de santé prend en charge pendant 12 mois au bénéfice de ses ayants droit les cotisations correspondantes aux garanties collectives.

Par garanties collectives, il convient d'entendre les garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de « base obligatoire » ou celles du régime obligatoire (base obligatoire + option) et de l'(les) option(s) restante(s) supérieure(s) souscrite(s) dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la cessation de son contrat de travail pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Les ayants droit devront en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Sont concernés par cette gratuité les ayants droit du salarié visé à l'article 3.3 du présent accord. Ce maintien n'est pas conditionné au bénéfice des garanties telles que définies ci-dessus par les ayants droit du salarié décédé au moment du décès.

9.2. Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Évin »

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective « frais de santé » dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi « Évin » (et du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017).

Les partenaires sociaux de la branche souhaitent aller au-delà en instaurant une solidarité inter-générationnelle entre les anciens salariés et les salariés actifs tant sur le niveau des cotisations que celui des prestations, à travers la mutualisation au sein du régime.

Ce maintien de la couverture s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux du profit des anciens salariés, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties selon les modalités fixées à l'article 5 du présent accord.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ou à l'issue du maintien prévu à l'article 5 du présent accord.

Pour l'application du présent article il faut entendre par ancien salarié :

- les retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche ;
- les titulaires d'une rente d'incapacité ou d'une rente d'invalidité, telles que définies à l'accord du 19 mai 2021 relatif à la prévoyance complémentaire de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé ;
- ceux privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation.

La couverture collective « frais de santé » maintenue est celle dont bénéficiait l'ancien salarié au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties, donc il s'agit des mêmes niveaux de garanties.

Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de « base obligatoire » ou celles du régime obligatoire (base obligatoire + option) et de l'(les) option(s) restante(s) supérieure(s) souscrite(s) dans un cadre collectif facultatif, étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la cessation de son contrat de travail pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Afin de garantir une solidarité intergénérationnelle par le biais de la mutualisation des cotisations entre anciens salariés et salariés actifs, la cotisation des anciens salariés est :

- la 1^{re} année, égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la 2^e année, égale, au plus, à 125 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la 3^e année, égale, au plus, à 150 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- la 4^e année, égale, au plus, à 190 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- à compter de la 5^e année, égale, au plus, à 230 % de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (taux viager).

En tout état de cause, ces cotisations sont à la charge exclusive de l'ancien salarié.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la computation du délai prévu la 1^{re} année, lors de la sortie du contrat collectif, s'effectue de date à date, à savoir à compter de la date à laquelle l'ancien salarié et les personnes garanties du chef de l'assuré décédé bénéficient du maintien de leur couverture (le cas échéant à l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à

titre temporaire de la portabilité au sens de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou de la gratuité prévue à l'article 9.1 du présent accord) jusqu'à la date anniversaire de son adhésion l'année suivante.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Article 10 | Conditions et modalités du maintien des garanties collectives du régime en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, aux couvertures optionnelles souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ou dans un cadre collectif facultatif est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires ;
- ou de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières de sécurité sociale ;
- ou d'un congé maternité ou paternité ou d'adoption.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié, bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture obligatoire et, le cas échéant, de la couverture optionnelle choisie par le salarié.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés et, le cas échéant, la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail que ceux visés ci-avant, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de soins de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur.

Article 11 | Cas de l'entreprise ayant déjà mis en place un régime d'entreprise santé

En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure à la date d'effet du présent accord, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du présent régime frais de soins de santé de branche.

À ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses mentionnées ci-avant à l'article 3) ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;
- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer au moins deux dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- la participation patronale du régime d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation « salarié seul en obligatoire ». Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant dans l'article 5 pour la base

obligatoire pour des garanties strictement identiques, la part supplémentaire est entièrement due par l'employeur ;

- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions des articles 5, 9 et 10 ci-avant concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés et les ayants droit ;
- le régime d'entreprise doit proposer un fonds social et des actions de prévention aux salariés.

Article 12 | Comité paritaire de suivi et de gestion

Le suivi du présent régime par les organisations professionnelles et les organisations syndicales de salariés représentatives au sein de la branche est effectué par un comité paritaire de suivi et de gestion constitué sous forme d'association entre les représentants des organisations de salariés et d'employeurs représentatives au sein de la branche.

L'organisme assureur a l'obligation de lui présenter chaque année le compte de résultat.

Ce comité fonctionnera grâce à une indemnité de 2,5 % des cotisations brutes prélevée sur le compte de résultat du régime prévu à l'article 7 notamment pour :

- couvrir ses frais de fonctionnement (déplacements, salaires, secrétariat, édition) ;
- former et informer les négociateurs paritaires ;
- financer les études et l'information nécessaires au fonctionnement du régime.

L'utilisation de cette indemnité sera effectuée conformément aux statuts de l'association paritaire.

Le comité paritaire de suivi et de gestion est chargé de piloter le régime de frais de santé de la branche, de vérifier la bonne gestion technique et financière et administrative du régime, de préconiser toute mesure de nature à assurer l'équilibre du régime de frais de santé de la branche des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé.

À cette occasion, est établi un rapport indiquant notamment :

- le montant des cotisations ;
- le montant des prestations payées ;
- le montant des provisions ;
- le nombre de salariés garantis ;
- un bilan spécifique sur les droits non contributifs ;
- un compte rendu des actions de prévention mises en œuvre ;
- un bilan du fonds de secours et des sommes allouées à ce titre.

Article 13 | Date d'application

Le présent accord entre en vigueur le premier jour du mois suivant la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* de l'accord du 12 janvier 2021 portant création de la convention collective nationale des métiers du commerce de détail alimentaire spécialisé (IDCC 3237).

Article 14 | Durée de l'accord

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Article 15 | Formalités de dépôt et publicité

Le présent accord est déposé en un exemplaire original et une copie sera envoyée sous forme électronique à la direction générale du travail, conformément à l'article D. 2231-2 du code du travail.

Un exemplaire sera également communiqué au greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

Article 16 | Extension

Les parties signataires sont convenues de demander sans délai l'extension du présent accord s'il y a lieu, conformément aux articles L. 2261-19 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 19 mai 2021.

(Suivent les signatures.)

Garantie du régime de base

Le détail des garanties en vigueur à la date d'effet du présent accord est repris ci-après.

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.

Abréviations :

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

Hospitalisation		
Nature des frais en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	220 % 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)	Adhérents DPTM :	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	200 % BR
Autres honoraires		
Chambre particulière (*)	70 € par jour	
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	35 € par jour	
(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		

Transport	
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Transport remboursé SS	100 % BR

Soins courants		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :		
- remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	195 % BR
	Non adhérents DPTM :	175 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	200 % BR
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	220 % BR
	Non adhérents DPTM :	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM :	170 % BR
	Non adhérents DPTM :	150 % BR

- non remboursés SS	
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Étiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	30 € par acte limité à 4 actes par année civile
Honoraires paramédicaux	
Kinésithérapeutes	120 % BR
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	100 % BR
Médicaments remboursés SS	100 % BR
Pharmacie (hors médicaments) remboursés SS	100 % BR
Pharmacie non remboursée SS :	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de 100 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	100 % BR + crédit de 500 € par année civile
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	100 % de la BR

Aides auditives		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Jusqu'au 31 décembre 2020 :		
Aides auditives remboursés SS (*) :		
Aides auditives	100 % BR + 1100 € dans la limite d'une prothèse par période de renouvellement	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (**)	100 % BR	
À compter du 1 ^{er} janvier 2021 :		
Équipements 100 % Santé (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (****)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		
Équipements libres (****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20 ^{ème} anniversaire	100 % BR + 1300 € (****)	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20 ^{ème} anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)	100 % BR + 300 € (****)	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS(**)	100 % BR	

(*) 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.
Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

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

(***) Équipements 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).

(*****) 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 1^{er} janvier 2021).

Dentaire		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	non conventionné
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
Panier maîtrisé (**)		
Inlay, onlay	450 % BR dans la limite des HLF	
Inlay core	450 % BR dans la limite des HLF	

Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % BR dans la limite des HLF
Panier libre (***)	
Inlay, onlay	450 % BR
Inlay core	450 % BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	450 % BR
Soins	
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100 % BR
Autres actes dentaires remboursés SS	
Orthodontie remboursée SS	250 % BR
Actes dentaires non remboursés SS	
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	450 % BR
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Implants dentaires (la garantie «implantologie» comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	1200 € par implant limité à 3 implants par année civile
Orthodontie	250 % 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.	

Optique		
Nature des frais	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements 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	
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	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	RSS + 100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	
Équipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	100 €	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
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 dans la limite des PLV	
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 dans la limite des PLV	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100 % BR dans la limite des PLV	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100 % BR	

Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles acceptées par la SS	100 % BR + Crédit de 160 € par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	1100 € par oeil et par année civile

(*) 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.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 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 de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le de 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'oeil 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'oeil 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. Dans ce cas, 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.

(***) 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.

Grille optique «verres de classe B»

Verres Unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (RSS inclus)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	95 €	95 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	165 €	165 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	95 €	95 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	95 €	95 €
		SPH > 0 et S > + 6	165 €	165 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	165 €	165 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	165 €	165 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	190 €	190 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	265 €	265 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	190 €	190 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	190 €	190 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	265 €	265 €
		SPH > 0 et S > + 8	265 €	265 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	265 €	265 €

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

Prévention	
Prévention liée aux métiers	<p>Chaque année le comité de prévention de la branche professionnelle définit son plan d'action de prévention à partir des éléments ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Études épidémiologiques (ex : troubles musculosquelettiques...) - Prises en charge de consultations de prévention (ex : Bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire, ...) - Accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex : Programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter, ...) - Moyen de mise en relation avec les professionnels de santé (par le biais des consultations de prévention) - Relais d'information et communication : livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention
Prévention liée aux risques de santé publique	<p>Actions en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers...), et recherche de partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.</p>

Autres frais	
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	100 % BR
Frais de voyage et hébergement	250 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un payement par enfant déclaré)	300 €
Assistance «frais de santé» hospitalisation et ambulatoire	
<ul style="list-style-type: none"> - Admission à l'hôpital : recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, transport du bénéficiaire à l'hôpital et retour domicile. - Pendant le séjour à l'hôpital : Présence d'un proche au chevet, séjour à l'hôtel du proche, garde à domicile des enfants/petits enfants ou présence d'un proche au domicile ou transfert des enfants/petits enfants chez un proche, veille sur les ascendants, garde des animaux de 	

compagnie, téléviseur en chambre.

- À la sortie de l'hôpital : aide-ménagère à domicile, veilles sur les ascendants, livraison de médicaments en urgence, garde des animaux de compagnie, téléassistance ponctuelle, livraison de repas à domicile, recherche de médecin, d'infirmière, aide pédagogique.
- Suivi post opératoire : déplacement pour examens et analyses.
- Bilan de vie.
- Aide au retour à la vie professionnelle en cas de séquelle suite à l'hospitalisation.
- Rapatriement de corps.
- Aide aux aidants.
- Service téléphonique de conseils et d'aide psychologique.

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.

Éléments de solidarité professionnelle
Maintien de la couverture collective obligatoire (garanties du régime de base)
Les salariés relevant de la législation «accident du travail / maladies professionnelles du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.
Maintien de la couverture collective obligatoire des anciens salariés (garanties du régime de base) <ul style="list-style-type: none">- Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.- Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII «Prévoyance» de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.
<ul style="list-style-type: none">- La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel).- La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).- La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).- La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).- À compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

Garanties du régime surcomplémentaire

Option 1

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de Base conventionnel, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

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

Hospitalisation		
Nature des frais En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non Conventionné
Frais de séjour	+ 50 % BR	
Honoraires		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques	Adhérente DPTM :	+ 50 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant

médicaux (ATM) Autres honoraires		
Chambre particulière (*)	+ 10 € par jour	
(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		

Soins courants		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non Conventionné
Honoraires médicaux :		
remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 25 % BR
	Non adhérents DPTM :	+ 25 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 50 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	+ 50 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant
non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Étiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou		+ 25 € par acte limité à 4 actes par année civile

exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	
Pharmacie non remboursés SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de + 50 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	Crédit de + 100 € par année civile

Aides auditives		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non Conventionné
Jusqu'au 31 décembre 2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	100 % BR + 1100 € pour une 2 ^{de} prothèse dans la limite de 2 prothèses par période de renouvellement	
<p>S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 1^{er} janvier 2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).</p> <p>(*) 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.</p> <p>Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none">- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.		

Dentaire		
Nature des frais	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non Conventionné
Prothèses		
Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+ 75 % BR dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+ 75 % BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 75 % BR dans la limite des HLF (***)	
- Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+ 75 % BR	
Inlay core	+ 75 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 75 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 100 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+ 75 % BR	
Parodontologie	Crédit de + 100 € par année civile	
Implants dentaires (la garantie «implantologie» comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de + 150 € par année civile	

Orthodontie	+ 150 % BR
(*) 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. (***) 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 conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).	

Optique		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	Néant	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	Néant	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	+ Crédit de 40 € par année civile	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ Crédit de 40 € par année civile	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	+ Crédit de 150 € par oeil et par année civile	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 3 décembre 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 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 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'oeil 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'oeil 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. Dans ce cas, 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.

(**) 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.

Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / Multifocaux / progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 40 €	+ 40 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	+ 40 €	+ 40 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 40 €	+ 40 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 40 €	+ 40 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 40 €	+ 40 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 40 €	+ 40 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 40 €	+ 40 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 45 €	+ 45 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	+ 45 €	+ 45 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 45 €	+ 45 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 45 €	+ 45 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 45 €	+ 45 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 45 €	+ 45 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 45 €	+ 45 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.
(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime

complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées partout autre régime complémentaire).

Autre frais	
Nature des frais	Niveau d'indemnisation
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+ 100 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 100 €

Éléments de solidarité professionnelle
Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 1)
Les salariés relevant de la législation «accident du travail / maladies professionnelles du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 1) - Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche. - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII «Prévoyance» de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

- La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel).
- La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
- La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
- La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
- À compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

Garanties du régime surcomplémentaire : Option 2

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 est repris ci-après.

Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de base conventionnel de la CCN 3244, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

Abréviations :

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

Hospitalisation		
Nature des frais en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	+ 100 % BR	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes technique médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant

Autres honoraires		
Chambre particulière (*)		+ 20 € par jour
Frais d'accompagnement :		
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		+ 5 € par jour
(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.		

Soins courants		
Nature des frais	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :		
- remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 55 % BR
	Non adhérents DPTM :	+ 25 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	+ 100 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant

- non remboursés SS	
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+ 31 € par acte limité à 4 actes par année civile
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de + 100 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	Crédit de + 200 € par année civile

Aides auditives		
Nature des frais	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Jusqu'au 31 décembre 2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	+ 400 € pour la 1 ^{re} prothèse Et 100 % de la BR + 1500 € pour une 2 ^{de} prothèse par période de renouvellement	
<p>S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 1^{er} janvier 2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).</p> <p>(*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par</p>		

période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.
 Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

Dentaire		
Nature des frais	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèses		
- Panier maîtrisé ^(*)		
Inlay, onlay	+ 125 % BR dans la limite des HLF ^(***)	
Inlay core	+ 125 % BR dans la limite des HLF ^(***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 125 % BR dans la limite des HLF ^(***)	
- Panier libre ^(**)		
Inlay, onlay	+ 125 % BR	
Inlay core	+ 125 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 125 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 150 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		

Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+ 125 % BR
Parodontologie	Crédit de + 100 € par année civile
Implants dentaires (la garantie «implantologie» comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de + 350 € par année civile
Orthodontie	+ 200 % BR
<p>(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.</p> <p>(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.</p> <p>(***) 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 conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).</p>	

Optique		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres ^(*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge ^(**)) :	Néant	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans ^(*)	Néant	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + ^(**)	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant de - 16 ans ^(**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		

Lentilles acceptées par la SS	Crédit de + 90 € par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de + 90 € par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de + 200 € par oeil et par année civile

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

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 3 décembre 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 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 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'oeil 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'oeil 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. Dans ce cas, 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.

(**) 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.

Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 65 €	+ 65 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	+ 75 €	+ 75 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 75 €	+ 75 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 75 €	+ 75 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 75 €	+ 75 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 90 €	+ 90 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	+ 85 €	+ 85 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 90 €	+ 90 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 90 €	+ 90 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 85 €	+ 85 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 85 €	+ 85 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 85 €	+ 85 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.
(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime

complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Autres frais	
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+ 200 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 200 €

Éléments de solidarité professionnelle
Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 2)
Les salariés relevant de la législation «accident du travail / maladies professionnelles du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 2) - Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche. - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII «Prévoyance» de la Convention collective nationale du

commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

- La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel).

- La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).

- La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).

- La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).

- À compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

Garanties du régime surcomplémentaire : option 3

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 est repris ci-après.

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

Abréviations :

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

Hospitalisation		
Nature des frais en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et de maternité	Niveau d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Frais de séjour	+ 300 % BR	
Honoraires :		
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM :	+ 300 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant
Chambre particulière(*)	+ 30 € par jour	

Frais d'accompagnement :	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)	+ 25 € par jour
(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.	

Soins courants		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Honoraires médicaux :		
- remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 255 % BR
	Non adhérents DPTM :	+ 25 % BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM :	+ 250 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM :	+ 250 % BR
	Non adhérents DPTM :	Néant
- non remboursés SS		

Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Étiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	+ 50 € par acte limité à 4 actes par année civile
Densitométrie osseuse	Crédit de 300 € limité à une intervention par année civile
Pharmacie non remboursée SS	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	Crédit de + 150 € par année civile
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	Crédit de + 400 € par année civile

Aides auditives		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Jusqu'au 31 décembre 2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	+ 700 € pour la 1 ^{re} prothèse Et 100 % BR + 1800 € pour la 2 ^{de} prothèse par période de renouvellement	
S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 1 ^{er} janvier 2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).		

(*) 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.
Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

Dentaire		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Prothèses		
- Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	+ 175 % BR dans la limite des HLF (***)	
Inlay core	+ 175 % BR dans la limite des HLF (***)	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 175 % BR dans la limite des HLF (***)	
- Panier libre (**)		
Inlay, onlay	+ 175 % BR	
Inlay core	+ 175 % BR	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 175 % BR	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	+ 280 % BR	
Actes dentaires non remboursés SS		

Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	+ 245 % BR
Parodontologie	Crédit de + 100 € par année civile
Implants dentaires (la garantie «implantologie» comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier...)	Crédit de + 750 € par année civile
Orthodontie	+ 350 % BR
<p>(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement.</p> <p>(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.</p> <p>(***) 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 conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).</p>	

Optique		
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation	
	Conventionné	Non conventionné
Équipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**) :	Néant	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	Néant	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**) :	Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**) :		
Autres dispositifs médicaux d'optique		

Lentilles acceptées par la SS	Crédit de + 140 € par année civile
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	Crédit de + 140 par année civile
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	Crédit de + 450 € par oeil et par année civile
<p>(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :</p> <p>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 3 décembre 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 :</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : <ul style="list-style-type: none"> - 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'oeil 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'oeil 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. Dans ce cas, 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.

(**) 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.

Grille optique «verres de classe B»

Verres unifocaux / Multifocaux / Progressifs	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
Unifocaux	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	+ 65 €	+ 65 €
		SPH < à - 6 ou > à + 6	+ 135 €	+ 135 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 65 €	+ 65 €
		SPH > 0 et S > + 6	+ 135 €	+ 135 €
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 135 €	+ 135 €
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	+ 135 €	+ 135 €
Progressifs et multifocaux	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	+ 110 €	+ 110 €
		SPH < à - 4 ou > à + 4	+ 85 €	+ 85 €
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 110 €	+ 110 €
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 110 €	+ 110 €
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	+ 85 €	+ 85 €
		SPH > 0 et S > + 8	+ 85 €	+ 85 €
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 85 €	+ 85 €

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.
(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime

complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

Autres frais	
Nature des frais	Niveaux d'indemnisation
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	+ 200 € limité à une intervention par année civile
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	+ 300 €

Éléments de solidarité professionnelle
Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 3)
Les salariés relevant de la législation «accident du travail / maladies professionnelles du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 3) - Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche. - Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII «Prévoyance» de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

- La 1^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel).
- La 2^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
- La 3^e année : la cotisation appelée est égale à 150 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
- La 4^e année : la cotisation appelée est égale à 190 % de la cotisation des salariés actifs (tarif annuel).
- À compter de la 5^e année : la cotisation appelée est égale à 230 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).