

**Avenant du 19 avril 2022**

à l'accord du 19 novembre 2015

relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé

NOR : ASET2250713M

IDCC : 1516

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

**SYNOFDES ;**

**SYCFI ;**

**AC,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**UNSA ;**

**SNPEFP CGT ;**

**SNEPL CFTC ;**

**FD CFE-CGC ;**

**SNEPAT FO,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Le présent avenant à l'accord relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé du 19 novembre 2015 de la branche des organismes de formation, a pour objet de modifier les prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité conformément aux dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et de ses décrets d'application.

Le présent avenant modifie également l'annexe I « Prestations » de l'accord du 19 novembre 2015 ci-dessus mentionné qui intègre les prestations mises en œuvre au titre du degré élevé de solidarité.

Il réitère ainsi l'obligation à la charge de tous les employeurs de la branche, quel que soit l'assureur (recommandé ou non recommandé) auprès duquel ils souscrivent un contrat collectif obligatoire frais de santé, de s'assurer que le contrat d'assurance souscrit ouvre droit aux prestations à caractère non directement contributif ci-après définies.

## Article 1<sup>er</sup> | Entreprises de moins de 50 salariés

Suivant les dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques telles que visées par l'article L. 2232-10-1 du code du travail à l'attention des entreprises de moins de cinquante salariés dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quelle que soit la taille de leur entreprise.

## Article 2 | Solidarité et financement de l'action sociale

L'article 9 est modifié et prend la rédaction suivante :

### « Article 9 | Solidarité et financement de l'action sociale

Dans le cadre de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les signataires de l'accord du 19 novembre 2015 ont instauré des garanties présentant un degré élevé de solidarité.

Conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, la part de la cotisation qui est affectée au financement des garanties présentant un degré élevé de solidarité est égale à 2 % de la cotisation globale hors taxes versée par l'entreprise à titre obligatoire. Cette part de cotisation est affectée :

- soit, au financement de garanties servies dans le cadre de l'action sociale des organismes assureurs non recommandés, pour les entreprises non couvertes par un organisme assureur recommandé ;
- soit, au « fonds de solidarité » des organismes assureurs recommandés, pour les entreprises couvertes par un organisme assureur recommandé.

Le fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés bénéficie exclusivement aux salariés couverts par les organismes assureurs recommandés.

Dans le cadre du degré élevé de solidarité, les signataires de l'accord du 19 novembre 2015 décident de mettre en œuvre des mesures de solidarité qui viennent, le cas échéant, s'ajouter à celles de l'organisme assureur qu'il soit recommandé ou non.

Les partenaires sociaux décident :

- du financement de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat de professionnalisation ou d'un contrat d'apprentissage, pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise ;
- du versement d'une aide financière post-hospitalisation pour les salariés hospitalisés au moins 3 jours et dont le revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts du foyer fiscal, est inférieur ou égal à 21 000 €. Le montant de l'aide est fixé à 300 € avec une majoration de 200 € pour une famille monoparentale ;
- de la prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de 2<sup>e</sup> avis médical dans la limite des frais réels, plafonnée à 300 € pour une affection de longue durée définie à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale. Pour bénéficier de cette prise en charge, le revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts du foyer fiscal doit être inférieur ou égal à 21 000 €.
- de l'octroi d'aides financières exceptionnelles (aides et secours individuels lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie).

Pour les entreprises qui ont souscrit un contrat d'assurance avec un assureur recommandé par la branche, ces prestations à caractère non directement contributif sont prises en charge dans la limite des fonds disponibles.

Les entreprises non adhérentes au régime conventionnel auprès de l'un des organismes assureurs recommandés sont tenues de s'assurer que leur contrat collectif

prévoit les prestations présentant un degré de solidarité élevé listées ci-dessus et que 2 % des cotisations servent bien au financement de ces prestations à caractère non directement contributif.

La commission paritaire de prévoyance et de santé (CPPS) peut décider chaque année, par voie d'avenant, la modification des mesures retenues et les modalités d'attribution.

La CPPS procède aux ajustements nécessaires à tout moment au cours de la vie du régime.

La CPPS contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes recommandés par la branche auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés. »

### **Article 3 | Prestations**

L'annexe I « Prestations » est modifiée et prend la rédaction suivante :

« Le détail des garanties en vigueur est repris ci-après. Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent y compris des prestations versées par la sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

#### **Abréviations**

- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO.
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie-Obstétrique.
- € : Euro.
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire.
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.
- PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité sociale.
- RSS : Remboursement sécurité sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.
- SS : sécurité sociale.

*(Voir page suivante.)*

HOSPITALISATION				
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Honoraires				
Actes de chirurgie	Adhérents DPTM  Non adhérents DPTM	250% BR  200% BR	250% BR  200% BR	250% BR  200% BR
Actes d'anesthésie				
Actes techniques médicaux				
Autres honoraires				
Participation forfaitaire sur les actes lourds		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Chambre particulière avec nuitée		-	30 € / jour (max 10 jours / année civile)	30 € / jour (max 10 jours / année civile)
Chambre particulière en ambulatoire		-	15 € / jour	15 € / jour
Lit accompagnant		-	30 € / jour (max 10 jours / année civile)	30 € / jour (max 10 jours / année civile)

TRANSPORT			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Transport remboursé par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS				
Nature des frais		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Honoraires médicaux				
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	100% BR	150% BR	250% BR
	Non adhérents DPTM	100% BR	130% BR	200% BR
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM	250% BR	250% BR	250% BR
	Non adhérents DPTM	200% BR	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie, Actes techniques médicaux	Adhérents DPTM	100% BR	150% BR	250% BR
	Non adhérents DPTM	100% BR	130% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	Adhérents DPTM	100% BR	150% BR	250% BR
	Non adhérents DPTM	100% BR	130% BR	200% BR
Sages-femmes		100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (actes remboursés par la Ss)		100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire				

Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Pharmacie</b>			
Médicaments remboursés Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie hors médicaments, remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits et non remboursés Ss	-	75 € / année civile	75 € / année civile
Contraceptif	-	100 € / année civile	100 € / année civile
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages, remboursés Ss (hors auditifs et dentaires et optiques)	100% BR	150% BR	150% BR
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur

Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
<b>Cures thermales remboursées Ss</b>			
Frais d'établissement, d'hébergement et de transport	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de prévention remboursés par la Ss et définis par la réglementation	100% BR	100% BR	100% BR

MEDECINE DOUCE			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	40 € / séance (max 4 / année civile)	40 € / séance (max 4 / année civile)	40 € / séance (max 4 / année civile)
Psychomotricien non pris en charge par la Ss	-	100% FR pour le bilan + 15 € / séance	100% FR pour le bilan + 15 € / séance

PRESTATIONS AU TITRE DU DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE (*)			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Financement de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat de professionnalisation ou d'un contrat d'apprentissage, pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.			
Versement d'une aide financière post-hospitalisation pour les salariés hospitalisés au moins 3 jours et dont le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts, est inférieur ou égal à 21 000 €. Le montant de l'aide est fixé à 300 € avec une majoration de 200 € pour une famille monoparentale.			
Prise en charge, sans avance de frais, d'un service en ligne de 2 <sup>e</sup> avis médical dans la limite des frais réels plafonnée à 300 € pour une affection de longue durée définie à l'article D.322-1 du Code la sécurité sociale. Pour bénéficier de cette prise en charge, le revenu fiscal de référence de la personne, divisé par le nombre de parts doit être inférieur ou égal à 21 000 €.			
Octroi d'aides financières exceptionnelles (aides et secours individuels lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie).			

(\*) Prestations à caractère non directement contributif, versées dans la limite du fonds DES disponible

AIDES AUDITIVES			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
<b>Equipements 100 % Santé <sup>(*)</sup> :</b>			
Aides auditives personnes >= 20 ans	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV <sup>(***)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV <sup>(***)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV <sup>(***)</sup>
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 <sup>ème</sup> après correction)			
<b>Equipements libres <sup>(****)</sup> :</b>			
Aides auditives personnes >= 20 ans	100% BR <sup>(***)</sup>	200% BR <sup>(***)</sup>	1 700 € / prothèse <sup>(***)</sup>
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 <sup>ème</sup> après correction)	100% BR <sup>(***)</sup>	100% BR <sup>(***)</sup>	1 700 € / prothèse <sup>(***)</sup>
<b>Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Ss <sup>(*)</sup></b>	100% BR	100% BR	100% BR

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

(\*\*) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement. Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale et par 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 (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(\*\*\*\*) Equipements de Classe II, tels que définis réglementairement.

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la garantie couvre dans tous les cas, le montant minimal de prise en charge fixé par la réglementation en vigueur, relative au « contrat responsable ». La prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue par ailleurs dans la limite du plafond de remboursement prévu par cette même réglementation (1700 € / aide auditive, remboursement Sécurité sociale inclus au 01.01.2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

DENTAIRE			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
<b>Soins</b>			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Prothèses</b>			
<b>Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(*)</sup></b>			
Inlay core	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
<b>Panier maîtrisé <sup>(**)</sup></b>			
Inlay, onlay	125% BR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	125% BR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	100% FR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>
Inlay core	150% BR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	150% BR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	100% FR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275% BR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	275% BR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>	100% FR dans la limite des HLF <sup>(****)</sup>
<b>Panier libre <sup>(***)</sup></b>			
Inlay, onlay	125% BR	125% BR	125% BR
Inlay core	150% BR	150% BR	150% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275% BR	275% BR	275% BR
<b>Autres actes dentaires</b>			

Orthodontie remboursée Ss	125% BR	125% BR	125% BR
Implants dentaires (hors pilier, hors scanner)	200 € / année civile	200 € / année civile	200 € / année civile
Parodontologie remboursée Ss	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie non remboursée Ss	60€ / année civile	60€ / année civile	60€ / année civile

(\*) 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.

(\*\*\*\*) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire)

OPTIQUE			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Equipements 100 % Santé (*)			
Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Ss, dans la limite des PLV (****)
Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)			
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)			
Supplément pour verres avec filtres (de classe A)			
Equipements libres (***)			
Equipement simple (monture + 2 verres simples de classe B) (**)	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	175 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement complexe (monture + 2 verres complexes de classe B) (**)	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	275 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
Equipement mixte (monture avec un verre simple de classe B + un verre complexe de classe B) (**)	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture	225 € dont au maximum 100 € au titre de la monture
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 (****)	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% FR 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 (****)	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% FR dans la limite des PLV (****)
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% BR dans la limite des PLV (****)	100% FR dans la limite des PLV (****)
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations			
Lentilles acceptées par la Ss	100% BR + 60 € / année civile (*****)	100% BR + 60 € / année civile (*****)	100% BR + 60 € / année civile (*****)
Lentilles refusées par la Ss	60 € / année civile (*****)	60 € / année civile (*****)	60 € / année civile (*****)
Chirurgie réfractive de l'œil (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200 € / œil / année civile	400 € / œil / année civile	400 € / œil / année civile

(\*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(\*\*) 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 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

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

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif 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'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératoplasties évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive) ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale (diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique) ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours (corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires).

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

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

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

(\*\*\*) Equipements de classe B, tels que définis réglementairement.



Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale

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

- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(\*\*\*\*) Le respect de la limite des PLV tient compte de la somme des indemnités versées par la Ss et par le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(\*\*\*\*\*) Le crédit de 60 € par année civile s'apprécie au global pour les lentilles acceptées et refusées par la Ss (et non séparément).

## Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCALUX / MULTIFOCALUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
UNIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 6 à + 6 (*)	Simple
		SPH < à -6 ou > à + 6	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	Simple
		SPH > 0 et S ≤ + 6	Simple
		SPH > 0 et S > + 6	Complexe
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	Complexe
		SPH de - 6 à 0 et CYL > + 4	Complexe
PROGRESSIFS ET MULTIFOCALUX	Sphériques	SPH de - 4 à + 4	Complexe
		SPH < à -4 ou > à + 4	Complexe
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	Complexe
		SPH > 0 et S ≤ + 8	Complexe
		SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	Complexe
		SPH > 0 et S > + 8	Complexe
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	Complexe

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

#### **Article 4 | Durée et date d'effet**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2022.

Il peut être modifié ou dénoncé conformément aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Conformément aux articles L. 2261-9 et suivants du code du travail, il pourra être dénoncé à tout moment à charge pour ses parties de respecter un préavis dont la durée est fixée à 3 mois.

#### **Article 5 | Dépôt et demande d'extension**

Le présent avenant sera notifié aux organisations syndicales représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant auprès du ministère compétent en application des dispositions prévues réglementairement.

*Fait à Paris, le 19 avril 2022.*

(Suivent les signatures.)