

Avenant n° 106 du 23 août 2022

NOR : AGRS2397081M

IDCC : 7012

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

GHN,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC-Agri ;

FGA CFDT ;

SNCEA CFE-CGC ;

FGTA FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont conclu le 15 octobre 2015 un accord relatif à la mise en place d'un régime complémentaire de remboursement de frais de santé obligatoire qui, sans remettre en cause les régimes d'entreprise plus favorables, met à la charge de tous les employeurs entrant dans son champ d'application l'obligation de faire bénéficier leurs salariés non affiliés à l'AGIRC d'une couverture au moins aussi favorable dans les conditions prévues par l'accord précité.

Le présent avenant annule, remplace et intègre certaines dispositions au sein de l'accord précité afin de le mettre en conformité avec les dispositions de l'instruction interministérielle n° DSS/3C/5B/2021/121 du 17 juin 2021 relative au traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail.

Il a par ailleurs été décidé de modifier l'annexe portant sur les prestations de frais de santé afin d'améliorer certaines garanties du régime complémentaire obligatoire.

L'article 3.2 « Suspension du contrat de travail » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« 3.2. Suspension du contrat de travail**3.2.1. Suspensions du contrat de travail**

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période soit :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- d'indemnités journalières complémentaires (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Le maintien des garanties est assuré exclusivement pour la durée de cette suspension du contrat de travail du salarié et s'effectue dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

3.2.2. Autres cas de suspension du contrat de travail

Dans tous les autres cas de suspension de contrat de travail (par exemple, les salariés en congé sans solde, congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise...) les salariés ne bénéficient pas du maintien du régime de complémentaire santé.

Ils pourront toutefois continuer, s'ils le souhaitent, à bénéficier du régime de complémentaire santé pendant la période de suspension de leur contrat de travail, dans les conditions fixées aux contrats de garanties collectives, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur. »

Article 2 | Annexe

L'annexe est supprimée et modifiée comme suit :

« Tableau des prestations santé hors Alsace-Moselle, à compter du 1^{er} octobre 2022

Les présentes garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier "100 % santé".

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent "en complément des prestations versées par le régime obligatoire (RO)"; c'est-à-dire que la prestation s'ad-
ditionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Les prestations du niveau de "garanties optionnelles" définies ci-après, s'entendent en complément des prestations accordées au titre du niveau "garanties convention-
nelles obligatoires".


Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des for-
faits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du régime obligatoire, de l'institu-
tion, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des
dépenses réellement engagées. »

(Voir page suivante.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS			
	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES		GARANTIES OPTIONNELLES	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		/	
Frais de séjour	200 % BR		/	
Honoraires (consultations et actes)	200 % BR	100 % BR	/	/
Chambre particulière non remboursée par le RO				
- Hors ambulatoire	50 € par jour		/	
- En ambulatoire	20 € par jour		/	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO</u>	30 € par jour		/	

SOINS COURANTS (y compris maternité)				
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites de généraliste	100 % TM		/	
- Consultations et visites de spécialiste	80 % BR	60 % BR	+ 70 % BR	+ 40 % BR
- Actes techniques médicaux	80 % BR	60 % BR	/	/
- Actes d'imagerie médicale	100 % TM		/	
Honoraires paramédicaux	100 % TM		/	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO (2) « MonPsy »	100 % TM		/	
Analyses et examens de laboratoire	100 % TM		/	
Médicaments				
- Médicaments <i>remboursés par le RO</i>	100 % TM		/	
Matériel médical (hors aides auditives)				
- Grand appareillage (2)	100 % BR		/	
- Prothèses orthopédiques et autres prothèses	150 % BR		/	
AIDES AUDITIVES				
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.</i>				
Equipement « 100% SANTE » *	100% FR * 			
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO		/	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	150 % BR		/	
OPTIQUE				
Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO				
<i>Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées</i>				

Equipement « 100% SANTE » *	100% FR *	
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres		
Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		
- Monture : <u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>	100 € par monture	/
<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>	60 € par monture	/
- Verre <u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>		
Par verre simple	92 €	
Par verre complexe	172 €	+ 34 €
Par verre hypercomplexe	207 €	+ 34 €
<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>		
Par verre simple	86 €	/
Par verre complexe	103 €	/
Par verre hypercomplexe	103 €	/
- Prestations d'adaptation	100 % TM	/
- Appairage des verres	100 % TM	/
Lentilles correctrices		
- Remboursées ou non par le RO (y compris lentilles jetables)	100 € par an et par bénéficiaire	/
Autres prestations optiques		
- Chirurgie de l'œil par laser	500 € par œil	+ 400 € par œil

DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (1)	100% FR *	
Soins Hors « 100% SANTE » *		
- Soins dentaires	100 % TM	/
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	60 % BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *		
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre	300 % BR	+ 130 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	80 % BR	/
Orthodontie		
- Remboursée par le RO	130 % BR	+ 150 % BR
- Non remboursée par le RO	Néant	+ 100 % BRR
AUTRES GARANTIES		
Transport	100 % TM	/
Natalité (2)		
- Forfait naissance / adoption	Néant	+ 10 % PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (2)		
- Remboursée par le RO	Néant	+ 10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce (2)		
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étio-pathe	25 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage		
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L.871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % TM	/

ABREVIATIONS :

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

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

FR : Frais réels

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

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif pour 2022 égal à 3428 €)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

TM : Ticket modérateur.

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

(1) Entrée en vigueur progressive du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(2) Précisions sur les Garanties

Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonPsy »	Séance réalisée par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, sous réserve de la fourniture d'une prescription médicale de la part du médecin traitant ou le cas échéant par un médecin impliqué dans la prise en charge du bénéficiaire. Cette prestation s'entend dans la limite et les conditions prévues par arrêté territorial. (article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale). Pour toutes informations : https://monpsy.sante.gouv.fr/
Grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties. Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermique	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
Médecine douce	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADEL.

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

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

Tableau des prestations santé Alsace-Moselle, à compter du 1^{er} octobre 2021

Les présentes garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits "responsables" telles que définies à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d'application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier "100% Santé".

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s'entendent "en complément des prestations versées par le régime obligatoire (RO)", c'est-à-dire que la prestation s'additionne à celle du régime obligatoire à l'exclusion des garanties monture et verres.

Les prestations du niveau de "Garanties optionnelles" définies ci-après, s'entendent en complément des prestations accordées au titre du niveau "Garanties conventionnelles obligatoires".



Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.


Les garanties exprimées avec une limitation "par an et par bénéficiaire" sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du régime obligatoire, de l'institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

(Voir page suivante.)

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS			
	GARANTIES CONVENTIONNELLES OBLIGATOIRES		GARANTIES OPTIONNELLES	
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		/	
Frais de séjour	200 % BR		/	
Honoraires (consultations et actes)	200 % BR	100 % BR	/	/
Chambre particulière non remboursée par le RO				
- Hors ambulatoire	50 € par jour		/	
- En ambulatoire	20 € par jour		/	
Frais d'accompagnement d'un <u>bénéficiaire âgé de moins de 16 ans ou d'un ascendant non remboursés par le RO</u>	30 € par jour		/	
SOINS COURANTS (y compris maternité)				
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d'honoraires libres)
Honoraires médicaux	100 % TM		/	
- Consultations et visites de généraliste				
- Consultations et visites de spécialiste	80 % BR	60 % BR	+ 70 % BR	+ 40 % BR
- Actes techniques médicaux	80 % BR	60 % BR	/	/
- Actes d'imagerie médicale	100 % TM		/	
Honoraires paramédicaux	100 % TM		/	
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO (2) « MonPsy »	100 % TM		/	
Analyses et examens de laboratoire	100 % TM		/	
Médicaments				
- Médicaments remboursés par le RO	100 % TM		/	
Matériel médical (hors aides auditives)				
- Grand appareillage (2)	100 % BR		/	
- Prothèses orthopédiques et autres prothèses	150 % BR		/	

AIDES AUDITIVES		
<i>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil. Cette limite prend en compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée.</i>		
Equipelement « 100% SANTE » *	 100% FR *	
Equipelement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *	500 € par oreille appareillée, minimum 100% TM limité à 1700€ par oreille et par bénéficiaire, y compris le remboursement RO	/
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	150 % BR	/
OPTIQUE		
<i>Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exceptions réglementaires (3). Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées</i>		
Equipelement « 100% SANTE » * Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	 100% FR *	
Equipelement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre *		
- Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	100 € par monture	/
- Bénéficiaire de moins de 16 ans	60 € par monture	/

- Verre	<u>Bénéficiaire de 16 ans ou plus</u>		
	Par verre simple	92 €	
	Par verre complexe	172 €	+ 34 €
	Par verre hypercomplexe	207 €	+ 34 €
	<u>Bénéficiaire de moins de 16 ans</u>		
	Par verre simple	86 €	/
	Par verre complexe	103 €	/
	Par verre hypercomplexe	103 €	/
- Prestations d'adaptation		100 % TM	/
- Appairage des verres		100 % TM	/
Lentilles correctrices			
- Remboursées ou non par le RO (y compris lentilles jetables)		100 € par an et par bénéficiaire	/
Autres prestations optiques			
- Chirurgie de l'œil par laser		500 € par œil	+ 400 € par œil
DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires			
« 100% SANTE » * : (1)		100% FR *	
Soins Hors « 100% SANTE » *			
- Soins dentaires		100 % TM	/
- Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre		60 % BR	/
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *			
- Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre		300 % BR	+ 130 % BR
- Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre		80 % BR	/
DENTAIRE (suite)			
Orthodontie			
- Remboursée par le RO		130 % BR	+ 150 % BR
- Non remboursée par le RO		Néant	+ 100 % BRR

AUTRES GARANTIES			
Transport		100 % TM	/
Natalité (2)			
- Forfait naissance / adoption		Néant	+ 10 % PMSS, doublé en cas de naissance multiple
Cure thermique (2)			
- Remboursée par le RO		Néant	+ 10 % PMSS par an et par bénéficiaire
Médecine douce (2)			
- Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiopathe		25€ par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 15 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Prévention / Dépistage			
- Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)		100 % TM	/

ABREVIATIONS :

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

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

FR : Frais réels

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

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif pour 2022 égal à 3428 €)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

TM : Ticket modérateur.

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

(1) Entrée en vigueur progressive du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(2) Précisions sur les Garanties

Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « MonPsy »	Séance réalisée par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, sous réserve de la fourniture d'une prescription médicale de la part du médecin traitant ou le cas échéant par un médecin impliqué dans la prise en charge du bénéficiaire. Cette prestation s'entend dans la limite et les conditions prévues par arrêté territorial. (article L.162-58 du Code de la Sécurité sociale). Pour toutes informations : https://monpsy.sante.gouv.fr/
Grand appareillage	Tel que défini par le Régime Obligatoire
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties. Il n'est versé qu'un forfait par foyer.
Cure thermique	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
Médecine douce	Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADEL.

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

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

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

Article 3 | Entreprises de moins de 50 salariés

Les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir pour les entreprises de moins de cinquante salariés des dispositions spécifiques types telles que prévues à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 4 | Révision

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

Article 5 | Date d'application

Les dispositions du présent accord entrent en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2022 et ce pour une durée indéterminée.

Article 6 | Dépôt et publicité

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

Fait à Paris, le 23 août 2022.

(Suivent les signatures.)