

Brochure n° 3275 | Convention collective nationale

IDCC : 1790 | **ESPACES DE LOISIRS, D'ATTRACTIONS ET CULTURELS**

Avenant n° 71 du 30 juin 2023

à l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 (Annexe V)
relatif au régime de frais de santé

NOR : ASET2351098M

IDCC : 1790

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

SNDLL ;

SNELAC ;

SLA ;

SPACE,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFTC ;

FS CFDT ;

UNSA spectacle et communication ;

INOVA CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux, réunis en commission paritaire, décident de faire évoluer le régime de frais de santé obligatoire mis en place par l'avenant n° 45 du 28 juin 2013.

Le présent avenant a pour objet d'entériner les modifications apportées au régime frais de santé de la convention collective nationale espaces de loisirs, d'attractions et culturels par les garanties et cotisations applicables à compter du 1^{er} janvier 2024.

Article 1^{er} | Garanties

L'article 4 de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 intitulé « Garanties » est modifié comme suit à compter du 1^{er} janvier 2024 :

Le détail des garanties qui prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2024 est repris ci-après.

Régime de base

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale. La couverture souscrite ne prend en charge ni la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ni la franchise médicale de 0,50 euros sur les médicaments.

	Base conventionnelle
Hospitalisation (Y compris frais d'accouchement)	
Frais de séjour	
Frais de séjour	200% BR
Honoraires	
Honoraires des actes techniques réalisés par un praticien adhérent DPTAM	220% BR
Honoraires des actes techniques réalisés par un praticien non-adhérent DPTAM	200% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (Etablissements médico-sociaux exclus)	100% FR
Transport	
Transport (hors SMUR)	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans nuitée - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	50 €
Lit accompagnant enfant - de 16 ans - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	40 €
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite généraliste adhérent DPTAM	150% BR
Consultation et visite généraliste, sage-femme non-adhérent DPTAM	130% BR
Consultation et visite spécialiste adhérent DPTAM	200% BR
Consultation et visite spécialiste non-adhérent DPTAM	180% BR
Actes techniques adhérent DPTAM (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	200% BR
Actes techniques non-adhérent DPTAM (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	180% BR
Actes d'imagerie médicale adhérent DPTAM	200% BR
Actes d'imagerie médicale non-adhérent DPTAM	180% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes)	100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue partenaire de l'annuaire « MonPsy »	100 % BR dans la limite d'un entretien d'évaluation et de 7 séances de suivi par année civile et par bénéficiaire
Matériel médical	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale	165% BR

	Base conventionnelle
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins)	100% BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et SMUR)	100% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Médecines douces et prévention bien-être	60% FR 100€/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse (Sur prescription médicale) - Par année civile et par bénéficiaire	20 €
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention	100% BR
Inlays-onlays	250% BR
Prothèses 100 % santé (1)	
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % HLF
Prothèses hors 100% santé (1)	
Tarifs maîtrisés	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires dans la limite des HLF	280% BR
Inlays cores dans la limite des HLF	280% BR
Tarifs libres	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	280% BR
Inlays cores	280% BR
Orthodontie	
Orthodontie remboursée - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	225% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Blanchiment dentaire - Par année civile et par bénéficiaire	50 €
Orthodontie adulte (au-delà de 25 ans et sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur) - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	100 €

	Base conventionnelle
Optique (2)	
Equipement Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale et son annexe 4, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'organisme assureur remboursera la composante : <ul style="list-style-type: none"> - classe A, à hauteur du prix limite de vente ; - classe B, à hauteur de la garantie « Equipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture. 	
Délais de renouvellement Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'organisme assureur rembourse un équipement – ou deux équipements (une vision de loin et une vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les : <ul style="list-style-type: none"> - 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ; - 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ; - 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement : <ul style="list-style-type: none"> - par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ; - par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante. Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Equipement 100 % santé (2)	
Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	100 % PLV
Equipement hors 100 % santé (dont 100 € maximum au titre de la monture) (2)	
Classe B : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	Voir grille optique en annexe
Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale - sur 2 années consécutives et par bénéficiaire	100 % BR complété le cas échéant par 160 €
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Lentilles correctrices non-remboursées par la Sécurité sociale - sur 2 années consécutives et par bénéficiaire	160 €
Chirurgie réfractive - Par œil	300 €

	Base conventionnelle
Aides auditives (3)	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'organisme assureur rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.	
Equipement 100 % santé (3)	
Aide auditive classe I	100 % PLV
Equipement hors 100 % santé (3)	
Aide auditive classe II par oreille - bénéficiaire de 20 ans et moins ou bénéficiaire ou atteint de cécité y compris entretien et accessoires	125% BR
Aide auditive classe II par oreille - bénéficiaire de plus de 20 ans y compris entretien et accessoires	295% BR
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	100% BR
Cure thermique	
Cure thermique - Traitement thermal	100% BR
Cure thermique - Frais d'hébergement et de transport - Par année civile et par bénéficiaire (uniquement pour les cures dont le traitement thermal est pris en charge par la Sécurité sociale)	100 €
Forfait maternité	
Forfait maternité	300 €
Forfait patient urgences	
Forfait patient urgences non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale	100% FR

Renvois :

BR : Base de remboursement

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur 2023 : 3 666 €

HLF : Honoraires limites de facturation

PLV : Prix limite de vente

Ss : Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation des contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs.

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale

(2) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 3° du code de la Sécurité sociale

(3) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 4° du code de la Sécurité sociale

Grille optique (régime de base)

	Base conventionnelle	
	Adulte	Enfant (-16 ans)
Par verre Unifocal, sans cylindre		
Sphère de -6 à +6	55 €	55 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	100 €	80 €
Sphère < -12 ou > +12	100 €	80 €
Par verre Unifocal, avec cylindre		
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	55 €	55 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	120 €	55 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	120 €	85 €
Cylindre > +4, sphère < -6	120 €	85 €
Par verre Unifocal, Sphéro-cylindrique		
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	55 €	55 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	120 €	85 €
Par verre Multifocal ou Progressif, sans cylindre		
Sphère de -4 à +4	135 €	135 €
Sphère < -4 ou > +4	150 €	150 €
Sphère < -8	150 €	150 €
Par verre Multifocal ou Progressif, avec cylindre		
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	135 €	135 €
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	150 €	150 €
Par verre Multifocal ou Progressif, Sphéro-cylindrique		
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8	135 €	135 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	150 €	150 €
Par monture		
Monture	100 €	80 €

Niveau 2. L'expression des garanties inclut les garanties du régime de base

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale. La couverture souscrite ne prend en charge ni la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ni la franchise médicale de 0,50 euros sur les médicaments.

	Niveau 2
Hospitalisation (Y compris frais d'accouchement)	
Frais de séjour	
Frais de séjour	200% BR
Honoraires	
Honoraires des actes techniques réalisés par un praticien adhérent DPTAM	300% BR
Honoraires des actes techniques réalisés par un praticien non-adhérent DPTAM	200% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (Etablissements médico-sociaux exclus)	100% FR
Transport	
Transport (hors SMUR)	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans nuitée - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	60 €
Lit accompagnant enfant - de 16 ans - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	50 €
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite généraliste adhérent DPTAM*	245% BR
Consultation et visite généraliste, sage-femme non-adhérent DPTAM	200% BR
Consultation et visite spécialiste adhérent DPTAM	280% BR
Consultation et visite spécialiste non-adhérent DPTAM	200% BR
Actes techniques adhérent DPTAM (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	295% BR
Actes techniques non-adhérent DPTAM (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	200% BR
Actes d'imagerie médicale adhérent DPTAM	270% BR
Actes d'imagerie médicale non-adhérent DPTAM	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes)	100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue partenaire de l'annuaire « MonPsy »	100 % BR dans la limite d'un entretien d'évaluation et de 7 séances de suivi par année civile et par bénéficiaire
Matériel médical	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale	215% BR

	Niveau 2
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins)	100% BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et SMUR)	100% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Médecines douces et prévention bien-être	60% FR 150€/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse (Sur prescription médicale) - Par année civile et par bénéficiaire	30 €
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention	100% BR
Inlays-onlays	420% BR
Prothèses 100 % santé (1)	
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % HLF
Prothèses hors 100% santé (1)	
Tarifs maîtrisés	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires dans la limite des HLF	350% BR
Inlays cores dans la limite des HLF	470% BR
Tarifs libres	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	350% BR
Inlays cores	470% BR
Orthodontie	
Orthodontie remboursée - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	275% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Blanchiment dentaire - Par année civile et par bénéficiaire	100 €
Orthodontie adulte (au-delà de 25 ans et sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur) - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	100 €

	Niveau 2
Optique (2)	
Equipement Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale et son annexe 4, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'organisme assureur remboursera la composante : <ul style="list-style-type: none"> - classe A, à hauteur du prix limite de vente ; - classe B, à hauteur de la garantie « Equipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture. 	
Délais de renouvellement Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'organisme assureur rembourse un équipement – ou deux équipements (une vision de loin et une vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les : <ul style="list-style-type: none"> - 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ; - 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ; - 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement : <ul style="list-style-type: none"> - par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ; - par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante. Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Equipement 100 % santé (2)	
Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	100 % PLV
Equipement hors 100 % santé (dont 100 € maximum au titre de la monture) (2)	
Classe B : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	Voir grille optique en annexe
Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale - sur 2 années consécutives et par bénéficiaire	100 % BR complété le cas échéant par 250 €
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Lentilles correctrices non-remboursées par la Sécurité sociale - sur 2 années consécutives et par bénéficiaire	250 €
Chirurgie réfractive - Par œil	500 €

	Niveau 2
Aides auditives (3)	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'organisme assureur rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.	
Equipement 100 % santé (3)	
Aide auditive classe I	100 % PLV
Equipement hors 100 % santé (3)	
Aide auditive classe II par oreille - bénéficiaire de 20 ans et moins ou bénéficiaire atteint de cécité y compris entretien et accessoires	125% BR
Aide auditive classe II par oreille - bénéficiaire de plus de 20 ans y compris entretien et accessoires	345% BR
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	100% BR
Cure thermique	
Cure thermique - Traitement thermal	150% BR
Cure thermique - Frais d'hébergement et de transport - Par année civile et par bénéficiaire (uniquement pour les cures dont le traitement thermal est pris en charge par la Sécurité sociale)	200 €
Forfait maternité	
Forfait maternité	300 €
Forfait patient urgences	
Forfait patient urgences non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale	100% FR

Renvois :

BR : Base de remboursement

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur 2023 : 3 666 €

HLF : Honoraires limites de facturation

PLV : Prix limite de vente

Ss : Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation des contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs.

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale

(2) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 3° du code de la Sécurité sociale

(3) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 4° du code de la Sécurité sociale

Grille optique niveau 2. L'expression des garanties inclut les garanties du régime de base

	Niveau 2	
	Adulte	Enfant (-16 ans)
Par verre Unifocal, sans cylindre		
Sphère de -6 à +6	110 €	110 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	200 €	190 €
Sphère < -12 ou > +12	200 €	190 €
Par verre Unifocal, avec cylindre		
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	110 €	110 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	210 €	110 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	210 €	195 €
Cylindre > +4, sphère < -6	210 €	195 €
Par verre Unifocal, Sphéro-cylindrique		
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	110 €	110 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	210 €	195 €
Par verre Multifocal ou Progressif, sans cylindre		
Sphère de -4 à +4	220 €	220 €
Sphère < -4 ou > +4	250 €	250 €
Sphère < -8	250 €	250 €
Par verre Multifocal ou Progressif, avec cylindre		
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	220 €	220 €
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	250 €	250 €
Par verre Multifocal ou Progressif, Sphéro-cylindrique		
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8	220 €	220 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	250 €	250 €
Par monture		
Monture	100 €	100 €

Niveau 3. L'expression des garanties inclut les garanties du régime de base

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires. Leurs montants sont exprimés y compris le remboursement de la Sécurité sociale

La couverture souscrite ne prend en charge ni la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations ni la franchise médicale de 0,50 euros sur les médicaments.

	Niveau 3
Hospitalisation (Y compris frais d'accouchement)	
Frais de séjour	
Frais de séjour	200% BR
Honoraires	
Honoraires des actes techniques réalisés par un praticien adhérent DPTAM	370% BR
Honoraires des actes techniques réalisés par un praticien non-adhérent DPTAM	200% BR
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale (Etablissements médico-sociaux exclus)	100% FR
Transport	
Transport (hors SMUR)	100% BR
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Chambre particulière avec ou sans nuitée - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	70 €
Lit accompagnant enfant - de 16 ans - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	60 €
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultation et visite généraliste adhérent DPTAM*	340% BR
Consultation et visite généraliste, sage-femme non-adhérent DPTAM	200% BR
Consultation et visite spécialiste adhérent DPTAM	360% BR
Consultation et visite spécialiste non-adhérent DPTAM	200% BR
Actes techniques adhérent DPTAM (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	390% BR
Actes techniques non-adhérent DPTAM (hors actes d'imagerie médicale, dentaire et hospitalisation)	200% BR
Actes d'imagerie médicale adhérent DPTAM	340% BR
Actes d'imagerie médicale non-adhérent DPTAM	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100% BR
Honoraires paramédicaux	
Actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeutes, Orthophonistes, Orthoptistes)	100% BR
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue partenaire de l'annuaire « MonPsy »	100 % BR dans la limite d'un entretien d'évaluation et de 7 séances de suivi par année civile et par bénéficiaire
Matériel médical	
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (hors aides auditives)	265% BR

	Niveau 3
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins)	100% BR
Transport	
Transport (hors hospitalisation et SMUR)	100% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Médecines douces et prévention bien-être	60% FR 200€/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse (Sur prescription médicale) - Par année civile et par bénéficiaire	40 €
Dentaire	
Soins	
Soins dentaires conservateurs ou de prévention	100% BR
Inlays-onlays	520% BR
Prothèses 100 % santé (1)	
Prothèses dentaires 100 % santé	100 % HLF
Prothèses hors 100% santé (1)	
Tarifs maîtrisés	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires dans la limite des HLF	400% BR
Inlays cores dans la limite des HLF	570% BR
Tarifs libres	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	400% BR
Inlays cores	570% BR
Orthodontie	
Orthodontie remboursée - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	325% BR
Frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Blanchiment dentaire - Par année civile et par bénéficiaire	150 €
Orthodontie adulte (au-delà de 25 ans et sur avis du chirurgien-dentiste consultant de l'organisme assureur) - Par semestre de traitement et par bénéficiaire	100 €

	Niveau 3
Optique (2)	
Equipement Un équipement est constitué de deux composantes : une monture et deux verres. Conformément à l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale et son annexe 4, si le bénéficiaire opte pour un équipement mixte (constitué de composantes appartenant à des classes différentes), l'organisme assureur remboursera la composante : - classe A, à hauteur du prix limite de vente ; - classe B, à hauteur de la garantie « Equipement hors 100 % santé » déduction faite du remboursement de la composante classe A et le cas échéant dans la limite de 100 € pour la monture.	
Délais de renouvellement Conformément à l'annexe 4 de l'instruction du 29 mai 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'organisme assureur rembourse un équipement – ou deux équipements (une vision de loin et une vision de près) pour les bénéficiaires atteints de presbytie ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux – tous les : - 24 mois pour les bénéficiaires de 16 ans et plus, ramené à 12 mois en cas d'évolution de la vue ; - 12 mois pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, sauf pour les verres en cas d'évolution de la vue ; - 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces délais de renouvellement courent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. En cas d'une acquisition par composante suivi d'un renouvellement : - par équipement, ces délais s'apprécient à partir de la date d'acquisition de la dernière composante ; - par composante, ils s'apprécient à partir de la date d'acquisition de chaque composante. Il est à noter que lesdits délais ne s'appliquent pas en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.	
Equipement 100 % santé (2)	
Classe A : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	100 % PLV
Equipement hors 100 % santé (dont 100 € maximum au titre de la monture) (2)	
Classe B : équipement verres et monture, prestations d'appairage et suppléments	Voir grille optique en annexe
Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale - sur 2 années consécutives et par bénéficiaire	100 % BR complété le cas échéant par 300 €
Autres frais non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation d'une facture au nom du bénéficiaire)	
Lentilles correctrices non-remboursées par la Sécurité sociale - sur 2 années consécutives et par bénéficiaire	300 €
Chirurgie réfractive - Par œil	700 €

	Niveau 3
Aides auditives (3)	
Délais de renouvellement	
Conformément à l'instruction du 4 juin 2019 de la Direction de la Sécurité sociale, l'organisme assureur rembourse une aide auditive par oreille tous les 48 mois à compter de la date d'acquisition de celle-ci, sauf en cas de renouvellement anticipé pris en charge par la Sécurité sociale. Ce délai court séparément pour chacune des aides.	
Equipement 100 % santé (3)	
Aide auditive classe I	100 % PLV
Equipement hors 100 % santé (3)	
Aide auditive classe II par oreille - bénéficiaire de 20 ans et moins ou bénéficiaire atteint de cécité y compris entretien et accessoires	125% BR
Aide auditive classe II par oreille - bénéficiaire de plus de 20 ans y compris entretien et accessoires	395% BR
Consommables, piles et accessoires	
Consommables, piles et accessoires des aides auditives classes I et II	100% BR
Cure thermique	
Cure thermique - Traitement thermal	270% BR
Cure thermique - Frais d'hébergement et de transport - Par année civile et par	300 €
Forfait maternité	
Forfait maternité	400 €
Forfait patient urgences	
Forfait patient urgences non remboursé par la Sécurité sociale et défini au I de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale	100% FR

Renvois :

BR : Base de remboursement

FR : Frais réels

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale. Valeur 2023 : 3 666 €

HLF : Honoraires limites de facturation

PLV : Prix limite de vente

Ss : Sécurité sociale

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les remboursements interviennent dans la limite des frais restant à charge et des plafonds de prise en charge définis par la réglementation des contrats responsables, après remboursement de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes assureurs.

(1) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 5° du code de la Sécurité sociale

(2) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 3° du code de la Sécurité sociale

(3) conformément aux dispositions prévues à l'article R 871-2, 4° du code de la Sécurité sociale

Grille optique niveau 3. L'expression des garanties inclut les garanties du régime de base

	Niveau 3	
	Adulte	Enfant (-16 ans)
Par verre Unifocal, sans cylindre		
Sphère de -6 à +6	160 €	160 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	300 €	300 €
Sphère < -12 ou > +12	300 €	300 €
Par verre Unifocal, avec cylindre		
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	160 €	160 €
Cylindre ≤ +4, sphère < -6	300 €	160 €
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	300 €	300 €
Cylindre > +4, sphère < -6	300 €	300 €
Par verre Unifocal, Sphéro-cylindrique		
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +6	160 €	160 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6	300 €	300 €
Par verre Multifocal ou Progressif, sans cylindre		
Sphère de -4 à +4	300 €	300 €
Sphère < -4 ou > +4	350 €	350 €
Sphère < -8	350 €	350 €
Par verre Multifocal ou Progressif, avec cylindre		
Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	300 €	300 €
Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	350 €	350 €
Par verre Multifocal ou Progressif, Sphéro-cylindrique		
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) ≤ +8	300 €	300 €
Sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8	350 €	350 €
Par monture		
Monture	100 €	100 €

Niveau 4. Non responsable en complément du niveau 3

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	Niveau 4 non responsable en complément du niveau 3
Frais de séjour	+ 100% BR
Honoraires si médecin DPTM	+ 70% BR
Honoraires si médecin non DPTM	+ 100% BR
Chambre particulière avec ou sans nuitée - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	+ 10 € uniquement en secteur conventionné
Lit accompagnant enfant - de 16 ans - Par journée d'hospitalisation - uniquement en secteur conventionné -	+ 10 € uniquement en secteur conventionné
Forfait hospitalier	Néant
Forfait patient urgence	Néant
Transport (hors SMUR)	+ 100% BR
Soins courants	Niveau 4 non responsable en complément du niveau 3
Honoraires si généraliste DPTM	+ 95% BR
Honoraires si généraliste non DPTM	+ 100% BR
Honoraires si spécialiste DPTM	+ 80% BR
Honoraires si spécialiste non DPTM	+ 100% BR
Actes de chirurgie & actes techniques médicaux DPTM	+ 95% BR
Actes de chirurgie & actes techniques médicaux non DPTM	+ 100% BR
Actes d'imagerie médicale et actes d'échographie DPTM	+ 70% BR
Actes d'imagerie médicale et actes d'échographie non DPTM	+ 100% BR
Auxiliaires médicaux	Néant
Analyses et examens de laboratoire	Néant
Pharmacie	Néant
Produits (appareillage, prothèses, pansements et autres) et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (hors aides auditives)	+ 50% BR
Consultation de psychologue remboursée par Séc Soc	Néant

Dentaire	Niveau 4 non responsable en complément du niveau 3
Soins et prothèses dentaires 100% Santé	
Inlay core	Néant
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	
Panier maîtrisé	
Inlay - onlay	+ 80% BR
Inlay core	+ 80% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 50% BR
Panier libre	
Inlay - onlay	+ 80% BR
Inlay core	+ 80% BR
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	+ 50% BR
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	+ 100% BR
Orthodontie	+ 50% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant
Blanchiment dentaire	+ 50 €
Optique	Niveau 4 non responsable en complément du niveau 3
Equipements 100% Santé	
Monture et Verres de classe A	
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe A	
Equipements libres	
Monture de classe B	
Adulte et enfant d'au moins 16 ans	+ 100 €
Enfant de moins de 16 ans	+ 100 €
Verres de classe B	+ 50 € par verre quelle que soit la correction
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	Néant
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	Néant
Supplément pour verres avec filtres de classe B	Néant
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiphotos / verres iséiconiques)	Néant
Autres dispositifs médicaux d'optique	
Lentilles remboursées par la SS	+ 50 € sur 2 années civiles consécutives
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	+ 50 € sur 2 années civiles consécutives
Chirurgie réfractive (par œil)	+ 100 €

Auditif	Niveau 4 non responsable en complément du niveau 3
Equipements 100% Santé	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	Néant
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)	Néant
Equipements libres (dans la limite de 1 700 € par appareil)	
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20e anniversaire	+ 30% BR
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20e anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)	+ 25% BR
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS	Néant
Autres actes	Niveau 4 non responsable en complément du niveau 3
Actes non remboursés par la Sécurité Sociale	
Médecine douce et prévention bien-être	+ 60% FR à hauteur de 50€ /an/bénéficiaire
Densitométrie osseuse	+ 10 € par année civile
Autres postes	
Forfait maternité	+ 100 €
Cures thermales	
Traitement thermal	+ 80% BR
Frais d'hébergement et de transport - Par année civile et par bénéficiaire (uniquement pour les cures dont le traitement thermal est pris en charge par la Sécurité sociale)	+ 100 €

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

Le niveau 4 est non responsable, il ne peut être mis en place que de manière obligatoire en complément du niveau 3 lui-même souscrit de manière obligatoire

Article 2 | Cotisations

Le texte de l'avenant n° 45 du 28 juin 2013 intitulé « Cotisations » est modifié comme suit :

« À compter du 1^{er} janvier 2024 le taux de cotisation est fixé à :

Pour la famille hors conjoint, partenaire lié par un Pacs ou concubin, dès lors que ce dernier perçoit un revenu professionnel ou un revenu de remplacement, relevant du régime général : 1,24 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, par mois.

La cotisation est répartie à hauteur de 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié.

Pour la famille hors conjoint, partenaire lié par un Pacs ou concubin, dès lors que ce dernier perçoit un revenu professionnel ou un revenu de remplacement, relevant du régime local d'Alsace Moselle : 0,78 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, par mois.

La cotisation est répartie à hauteur de 50 % pour l'employeur et 50 % pour le salarié. »

Article 3 | Recommandation de l'organisme assureur

Les dispositions relatives à la recommandation de l'organisme assureur du régime frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2014 sont abrogées.

Article 4 | Instauration d'un degré élevé de solidarité

Il est instauré un degré élevé de solidarité alimenté par toutes les entreprises de la branche à hauteur de 2 % des cotisations hors taxes du régime de branche.

Les opérations relatives à ce degré élevé de solidarité feront l'objet d'une gestion séparée.

La politique d'action sociale et de prévention sera définie chaque année par les partenaires sociaux de la branche des espaces de loisirs, d'attractions et culturels.

Article 5 | Date d'effet. Dépôt. Extension

Le présent avenant prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2024.

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 50 salariés, dès lors que le présent avenant vise à modifier le régime collectif obligatoire de frais de santé dont doivent bénéficier les salariés relevant de la convention collective et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de notification, publicité et dépôt conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les signataires du présent accord demandent au ministère du travail son extension à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des espaces de loisirs, d'attractions et culturels sur l'ensemble des départements français, y compris les DOM.

Fait à Paris, le 30 juin 2023.

(Suivent les signatures.)