

Avenant du 1^{er} décembre 2020
(Non étendu, applicable à compter du 1^{er} janv. 2021)

Signataires :

Organisation(s) patronale(s) :

FFP
SYNOFDES

Syndicat(s) de salariés :

FEP CFDT
SNPEFP CGT
SNEPL CFTC
FD CFE-CGC
SNEPAT FO

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Conformément à l'article L.912-1 du Code de la sécurité sociale et l'article 10.4 de l'accord du 19 novembre 2015 relatif à la couverture complémentaire obligatoire frais de santé, les partenaires sociaux de la branche de la convention collective nationale des organismes de formation ont procédé :

- d'une part à l'audit du régime de frais de santé ;
- et d'autre part au réexamen du choix des organismes assureurs recommandés.

En conséquence, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'accord collectif de branche du 19 novembre 2015.

Article 1^{er} | 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 | Organismes assureurs recommandés

L'article 10 relatif aux organismes assureurs recommandés est remplacé par l'article suivant :

Article 10 : Organismes assureurs recommandés

10.1. Les signataires du présent accord sont soucieux de favoriser la mutualisation des risques au niveau de la branche afin notamment de pallier les difficultés susceptibles d'être rencontrées par certains organismes de formation lors de la mise en place d'une couverture complémentaire, de garantir l'égal accès aux garanties collectives, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé et d'uniformiser en conséquence les conditions d'emploi des salariés et les conditions de concurrence entre organismes de formation ainsi que pour permettre la mise en œuvre d'une solidarité professionnelle.

A cet effet, les signataires du présent accord ont fait le choix de recommander les quatre organismes assureurs ci-dessous pour la mise en œuvre du régime frais de santé obligatoire :

- AG2R Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est 14-16 boulevard Malesherbes, 75014 Paris.

- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, ayant son siège 38, rue François-Peissel, 69300 Caluire-et-Cuire ;

- Harmonie Mutuelle, mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, dont le siège social est 143, rue Blomet, 75015 Paris

- Malakoff Humanis Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, dont le siège social est 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Ces organismes ne peuvent refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

Chaque organisme recommandé propose un contrat conforme aux dispositions du présent accord. La souscription de ce contrat par les entreprises auprès de ces organismes permet la mutualisation des risques au niveau de la branche par application d'un tarif unique à l'ensemble des entreprises, ainsi que l'accès au fonds de solidarité de la branche dans le cadre du DES.

Les résultats techniques et financiers sont mutualisés entre ces organismes recommandés dans le cadre d'une co-assurance. À cet effet, un protocole technique et financier est conclu avec les organismes assureurs co-recommandés et l'un des organismes co-recommandés est choisi pour la durée de la recommandation pour effectuer l'apérition technique.

10.2. La mise en œuvre du degré élevé de solidarité est mutualisée pour l'ensemble des entreprises adhérant à l'un des organismes assureurs recommandés. A cet effet, un fonds de solidarité unique géré par l'OCIRP se voit affecté la part de cotisation fixée à l'article 9 et à partir duquel sont financées les mesures de solidarité pour les salariés des entreprises adhérentes.

10.3. Les annexes faisant partie du présent accord précisent les garanties et cotisations du régime conventionnel : couverture minimum obligatoire (niveau 1) et des niveaux de couverture améliorés (niveaux 2 et 3) définis par le présent accord en cas d'adhésion à l'un des organismes assureurs recommandés.

10.4. Le choix des organismes assureurs recommandés est réexaminé par la commission paritaire au plus tard dans les 6 mois qui précèdent l'expiration d'une période de 5 ans à compter de l'accord ou avenant ayant procédé à la recommandation des organisme assureurs et en tout état de cause, au moins 3 mois avant la date d'échéance annuelle.

10.5. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, les organismes recommandés présentent un rapport annuel portant sur les années écoulées depuis la prise d'effet de la recommandation et sur les perspectives d'évolution du régime (nombre d'organismes de formation adhérents, nombre de salariés affiliés, évolution des cotisations, des prestations, la sinistralité, les effets de la portabilité, la mise en œuvre des droits non contributifs...).

Article 3 | Modification des formules de couverture, du financement et des tableaux de garanties

Les articles 7, 8 et les annexes I et II sont remplacés par les articles suivants.

Article 7 : Garanties

7.1. Garanties conventionnelles minimales obligatoires : « niveau 1 »

Les prestations garanties figurent en annexe du présent accord.

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de leur prise d'effet. Les garanties définies par le présent accord répondent aux critères des contrats responsables par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Les garanties seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes par accord entre les partenaires sociaux et en tout état de cause au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation.

Chaque bénéficiaire est tenu de respecter les conditions de prise en charge définies par le contrat d'assurance et rappelées dans la notice d'information sous peine de refus de couverture (notamment en ce qui concerne les obligations déclaratives, la transmission des documents justificatifs...).

7.2. Amélioration des garanties de « niveau 2 » et « niveau 3 » au libre choix de l'entreprise : à adhésion facultative ou obligatoire du salarié

Les employeurs peuvent décider de mettre en place dans leur entreprise les garanties de « niveau 2 » et/ou de « niveau 3 », qui figurent en annexe. Dans ce cas, les garanties revêtent au choix de l'entreprise :

- soit un caractère collectif et obligatoire mis en œuvre dans les conditions prévues par le présent accord. Ainsi, et notamment, l'adhésion de tous les salariés est obligatoire, dès le premier jour du travail, sous réserve des dispenses autorisées par le présent accord. La cotisation est prise en charge dans les conditions prévues au présent accord, et notamment à l'article 8.
- soit, un caractère collectif et facultatif. Dans ce cadre, le salarié est libre d'adhérer ou non au niveau d'amélioration souscrit par l'entreprise.

Article 8 : Financement

8.1. Le financement des garanties collectives à adhésion obligatoire est assuré par une cotisation d'au moins la moitié à la charge de l'employeur. Le financement des garanties collectives à adhésion facultatives est, par principe, à la charge du salarié.

Financement niveau 1

8.2. La participation de l'employeur au financement des garanties rendues obligatoires par le présent accord s'élève au minimum à 0,57 % PMSS pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 0,30 % PMSS pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

8.3. La participation du salarié pour la stricte application des garanties minimales rendues obligatoires par le présent accord (niveau 1) ne peut excéder 0,57 % PMSS pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et 0,30 % PMSS pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle. Ces limites ne s'appliquent pas lorsque les garanties rendues obligatoires dans l'entreprise sont supérieures à celles du niveau 1 du présent accord.

Financement niveau 2

8.4. Si l'employeur souhaite mettre en œuvre le niveau 2 à titre obligatoire, la participation de l'employeur au financement des garanties s'élève au minimum à 0,635% PMSS pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 0,35 % PMSS pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

8.5. La participation du salarié pour la stricte application des garanties du niveau 2 ne peut excéder 0,635 % PMSS pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et 0,35 % PMSS pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle. Ces limites ne s'appliquent pas lorsque les garanties rendues obligatoires dans l'entreprise sont supérieures à celles du niveau 2 du présent accord.

Financement niveau 3

8.6. Si l'employeur souhaite mettre en œuvre le niveau 3 à titre obligatoire, la participation de l'employeur au financement des garanties s'élève au minimum à 0,705 % PMSS pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et à 0,36 % PMSS pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle.

8.7. La participation du salarié pour la stricte application des garanties du niveau 3 ne peut excéder 0,705 % PMSS pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale et 0,36 % PMSS pour les salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle. Ces limites ne s'appliquent pas lorsque les garanties rendues obligatoires dans l'entreprise sont supérieures à celles du niveau 3 du présent accord.

8.8. Conformément aux dispositions de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des bénéficiaires du régime.

ANNEXE I PRESTATIONS

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 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.

ABREVIATIONS :

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

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	250% BR	250% 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
Pharmacie				
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
Matériel médical				
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
Cures thermales remboursées Ss			
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, pendant une période de 1 an – au titre du degré élevé de solidarité – de 100 % de la part salariale de la cotisation des bénéficiaires d'un contrat d'alternance d'une durée inférieure ou égale à 12 mois pour le niveau de couverture obligatoire retenu par l'entreprise.			

(*) Prestation non contributive, versée dans la limite du fonds DES disponible

AIDES AUDITIVES			
Nature des frais	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Equipements 100 % Santé (**):			
Aides auditives personnes >= 20 ans	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV (***)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV (***)	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention Ss, dans la limite des PLV (***)
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^{ème} après correction)			
Equipements libres (****):			
Aides auditives personnes >= 20 ans	100% BR (***)	200% BR (***)	1 700 € / prothèse (***)
Aides auditives personnes < 20 ans ou atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle < 1/20 ^{ème} après correction)	100% BR (***)	100% BR (***)	1 700 € / prothèse (***)
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés par la Ss (*)	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
Soins			
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses			
Soins et prothèses 100 % Santé (*)			
Inlay core	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 (****)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires			
Panier maîtrisé (**)			
Inlay, onlay	125% BR dans la limite des HLF (****)	125% BR dans la limite des HLF (****)	100% FR dans la limite des HLF (****)
Inlay core	150% BR dans la limite des HLF (****)	150% BR dans la limite des HLF (****)	100% FR dans la limite des HLF (****)
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	275% BR dans la limite des HLF (****)	275% BR dans la limite des HLF (****)	100% FR dans la limite des HLF (****)
Panier libre (***)			
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
Autres actes dentaires			
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 UNIFOCaux / MULTIFOCaux / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Qualification par verre
UNIFOCaux	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 MULTIFOCaux	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.

ANNEXE II Taux de cotisation auprès des organismes assureurs recommandés

Cotisations du régime conventionnel

	Socle Obligatoire : Niveau 1		Option facultative Niveau 2		Option facultative Niveau 3	
	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local
"Salarié" obligatoire	1,14%	0,60%	0,15%	0,12%	0,33%	0,20%
"Adulte" facultatif	1,23%	0,66%	0,20%	0,18%	0,40%	0,32%
"Enfant" facultatif	0,70%	0,32%	0,06%	0,10%	0,10%	0,13%

	Socle obligatoire : Niveau 2		Option facultative Niveau 3	
	Régime Général	Régime Local	Régime Général	Régime Local
"Salarié" obligatoire	1,27%	0,70%	0,17%	0,08%
"Adulte" facultatif	1,40%	0,80%	0,14%	0,14%
"Enfant" facultatif	0,75%	0,41%	0,03%	0,02%

	Socle obligatoire : Niveau 3	
	Régime Général	Régime Local
"Salarié" obligatoire	1,41%	0,72%
"Adulte" facultatif	1,52%	0,92%
"Enfant" facultatif	0,76%	0,42%

Article 4 / Durée et date d'effet

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

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 / Clause de rendez-vous et de suivi

Le présent avenant ne remet pas en cause les clauses de rendez-vous et de suivi prévues dans l'accord du 19 novembre 2015 aux articles 10.4 et 10.5.

Article 6 | 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 ministère compétent, dans les conditions prévues par le code du travail.

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