Avenant n° 133 à l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008 relatif au régime complémentaire de frais de soins de santé de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail en Fruits et Légumes, Epiceries et Produits Laitiers (IDCC 1505)

Entre :

- **La Fédération de l'Epicerie et du commerce de proximité (FECP)**, 14 rue Bassano – 75016 PARIS,
- **Saveurs Commerce**, 97 Boulevard Pereire, 75017 Paris
- **Confédération du Commerce de Proximité (2CP)**, 23 rue des Lavandières Sainte-Opportune 75001 Paris,
- **La Fédération nationale des syndicats des commerçants des marchés de France (FNSCMF)**, 14 rue de Bretagne - 75003 Paris,

D'une part,

Et,

- **La Fédération CGT Commerce, Distribution et Services**, 263 rue de Paris - 93154 Montreuil Cedex,
- **La Fédération des Services CFDT**, 14 rue Scandicci, Tour Essor - 93508 Pantin,
- **La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation, des Tabacs et Activités Annexes (FO)**, 15 Avenue Victor Hugo, 92170 Vanves,
- **La Fédération Nationale Agroalimentaire (CFE-CGC Agro-alimentaire)**, 26 rue de Naples – 75008 Paris,

D'autre part,

Préambule

Le régime de « remboursement complémentaire de frais de soins de santé » de la Branche du Commerce de Détail des Fruits et Légumes, Epicerie et Produits Laitiers (IDCC 1505) a été mis en place par l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008 et a fait l'objet depuis lors de différentes modifications.

Il est rappelé que cet avenant prévoyait des cotisations mensuelles et forfaitaires et qu'au 1er janvier de chaque année, ces cotisations seraient réexaminées par les parties signataires, en fonction des résultats du régime et de l'évolution des dépenses de santé et des législations et réglementations fiscales, sociales, et de l'assurance maladie.

Au cours de l'année 2019, les Partenaires sociaux de la Branche se sont réunis pour examiner les comptes de résultats du régime. Au regard de l'analyse de ces comptes et des résultats des travaux actuariels réalisés au niveau de la Branche, les parties signataires ont décidé, afin d'assurer la pérennité du régime :

- De fixer, désormais, les cotisations en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) ;
- De modifier le nombre des paliers et le niveau de plafonnement des cotisations du régime de maintien des garanties collectives au profit des anciens salariés dans le cadre de la solidarité intergénérationnelle mise en place par le biais de la mutualisation des cotisations entre les anciens salariés inactifs et les salariés actifs. Les Partenaires sociaux s'engagent à ouvrir de nouvelles négociations, au cours de l'année 2021, afin d'étudier l'équilibre financier de ce dispositif et, le cas échéant, adopter les mesures nécessaires pour garantir son équilibre.

Par ailleurs, considérant :

- L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 qui acte la modification de la couverture minimale des contrats responsables (réforme dite du « 100 % santé ») ;
- Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires ;
- Le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé ;
- La nécessaire mise en conformité des actes juridiques mettant en place un régime de remboursement de frais de santé au titre de la couverture minimale obligatoire et collective imposée par ladite loi avant le 1er janvier 2020 ;

Les partenaires sociaux ont décidé de modifier les prestations du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé afin de le mettre en conformité avec la nouvelle législation et réglementation applicable.

C'est dans ce cadre et à l'issue de différentes Commissions Mixtes Paritaires que les Partenaires sociaux de la Branche ont conclu le présent avenant dans les termes visés ci-après qui modifie les dispositions suivantes :

- L'article 5 « Cotisation et répartition » de l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008, tel que modifié en dernier lieu par l'Avenant n° 125 du 5 juillet 2017 ;
- L'article 10.2 « Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi " Évin " », tel que modifié en dernier lieu par l'Avenant n° 125 ;
- L'ANNEXE relative aux garanties du régime (« Base », « Option 1 », « Option 2 » et « Option 3 ») de l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008, tel que modifié en dernier lieu par l'Avenant n° 125.

Considérant la composition de la branche constituée pour sa plus grande part d'entreprises de moins de 50 salariés, et au regard des 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.

Article 1 – Cotisation

Les dispositions du 4e au 8e alinéa de **l'article 5 « Cotisation et répartition »** de l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail des Fruits et Légumes, Epicerie et Produits Laitiers, sont remplacées par les stipulations suivantes :

« Les cotisations du régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé sont mensuelles et sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) en vigueur au jour de leur exigibilité.

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

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

- « Au titre du régime général :
  - « Pour l'année 2020, à **1,24 % du PMSS** (pour information, soit 42,51 € sur la base d'un PMSS de 3 428 € pour 2020),
  - « A compter de l'année 2021, à **1,29 % du PMSS**,
- « Au titre du régime local d'Alsace Moselle :
  - « Pour l'année 2020, à **0,78 % du PMSS** (pour information, soit 26,74 € sur la base d'un PMSS à 3 428 € pour 2020),
  - « A compter de 2021, à **0,81 % du PMSS**.

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

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

« L'affiliation au régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé des salariés bénéficiaires visés à l'article 3 de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 étant obligatoire, elle s'impose dans les relations individuelles de travail. Sous réserve de l'application des dispositions de l'article 11 de la loi n° 891009 du 31 décembre 1989, les salariés concernés ne pourront pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations au titre du contrat collectif d'assurance souscrit par l'employeur pour la mise en œuvre dudit régime. Ce précompte est expressément mentionné sur le bulletin de salaire du salarié. »

Article 2 – Solidarité intergénérationnelle

Les dispositions du 12e au 14e alinéa de **l'article 10.2 « Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi " Évin " »** de l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail des Fruits et Légumes, Epicerie et Produits Laitiers, sont remplacées par les stipulations suivantes :

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

- « La première année, **égale** à la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- « La deuxième année, égale, au plus, à **125 %** de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- « La troisième année, égale, au plus, à **150 %** de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- « La quatrième année, égale, au plus, à **190 %** de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif annuel) ;
- « A compter de la cinquième année, égale, au plus, à **230 %** de la cotisation (part patronale et salariale) applicable aux salariés actifs (tarif viager). »

Article 3 – Tableaux de garanties du régime frais de santé

L'ANNEXE de l'Avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la Convention Collective Nationale du Commerce de Détail des Fruits et Légumes, Epicerie et Produits Laitiers, est remplacée par les dispositions suivantes :

GARANTIES DU REGIME DE BASE

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

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

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
  - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
  - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**220% BR**	
Forfait journalier hospitalier		100 % des FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**220% BR** **200% BR**	
Chambre particulière (*)		**70€ par jour**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**35€ par jour**	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	**100% BR**

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ remboursés SS			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**195% BR** **175% BR**	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**220% BR** **200% BR**	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**220% BR** **200% BR**	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**170% BR** **150% BR**	
▶ non remboursés SS			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**30€ par acte limité à 4 actes par année civile**	
Honoraires paramédicaux			
Kinésithérapeutes		**120% BR**	
Autres auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		**100% BR**	

Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS	**100% BR**
Médicaments remboursés SS	**100% BR**
Pharmacie (hors médicaments) remboursée SS	**100% BR**
Pharmacie non remboursée SS :	
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite	**Crédit de 100€ par année civile**
Matériel médical	
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)	**100%BR + crédit de 500€ par année civile**
Actes de prévention remboursés SS	
Actes de prévention définis par la réglementation	**100 % de la BR**

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	**100% BR + 1100€ dans la limite d'une prothèse par période de renouvellement**	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (**)	**100% BR**	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (***) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV (****)**	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)		
Equipements libres (*****) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	**100% BR + 1300€ (****)**	
Aides auditives pour les personnes jusqu'au 20ème anniversaire ou les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction)	**100% BR + 300€ (****)**	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (**)	**100% BR**	

(*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

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

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

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

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

(****) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(*****) 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 règlementation 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 règlementation (1700 € RSS inclus au 01.01.2021).

60

FG

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
▶ Panier maitrisé (**)		
Inlay, onlay	**450% BR dans la limite des HLF**	
Inlay core	**450% BR dans la limite des HLF**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**450% BR dans la limite des HLF**	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	**450% BR**	
Inlay core	**450% BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**450% BR**	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	**100% BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**250% BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	**450% BR**	
Parodontologie	**Crédit de 200€ par année civile**	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	**1200€ par implant limité à 3 implants par année civile**	
Orthodontie	**250% BR**	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.

(***) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Monture de classe A (quel que soit l'âge) (**)	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV**	
Verres de classe A (quel que soit l'âge) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV**	
Supplément pour verres avec filtres de classe A	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV**	
Equipements libres (***) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**)	**100€**	
Verres de classe B (quel que soit l'âge) (**)	**Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres**	
Prestations supplémentaires portant sur un équipement d'optique de classe A ou B		
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe A	**100% BR dans la limite des PLV**	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	**100% BR dans la limite des PLV**	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	**100% BR dans la limite des PLV**	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	**100% BR**	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**100% BR + Crédit de 160€ par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**Crédit de 160€ par année civile**	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	**1100€ par œil et par 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.

(**) 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 ;
    - kératopathies évolutives ;
    - dystrophie cornéenne ;
    - amblyopie ;
    - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
    - diabète ;
    - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
    - hypertension artérielle mal contrôlée ;
    - sida ;
    - affections neurologiques à composante oculaire ;
    - cancers primitifs de l'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.

Grille optique « verres de classe B »

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

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

PREVENTION	
Prévention liée aux métiers	Chaque année le comité de prévention de la branche professionnelle définit son plan d'action de prévention à partir des éléments ci-dessous : - **Etudes épidémiologiques** (ex : troubles musculosquelettiques …) - Prises en charge de **consultations de prévention** (ex : Bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire, …) - Accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex : Programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter, …) - **Moyen de mise en relation avec les professionnels de santé** (par le biais des consultations de prévention) - **Relais d'information et communication :** livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention
Prévention liée aux risques de santé publique	Actions en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers …), et recherche de partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	**100%BR**
Frais de voyage et hébergement	**250€ limité à une intervention par année civile**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	**300€**
Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire	
- Admission à l'hôpital : recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, transport du bénéficiaire à l'hôpital et retour domicile. - Pendant le séjour à l'hôpital : Présence d'un proche au chevet, séjour à l'hôtel du proche, garde à domicile des enfants/petits enfants ou présence d'un proche au domicile ou transfert des enfants/petits enfants chez un proche, veille sur les ascendants, garde des animaux de compagnie, téléviseur en chambre. - A la sortie de l'hôpital : aide-ménagère à domicile, veilles sur les ascendants, livraison de médicaments en urgence, garde des animaux de compagnie, téléassistance ponctuelle, livraison de repas à domicile, recherche de médecin ,d'infirmière, aide pédagogique. - Suivi post opératoire : déplacement pour examens et analyses. - Bilan de vie. - Aide au retour à la vie professionnelle en cas de séquelle suite à l'hospitalisation. - Rapatriement de corps. - Aide aux aidants. - Service téléphonique de conseils et d'aide psychologique.	

Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du code de la Sécurité sociale.

GD

FG

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE

Maintien de la couverture collective obligatoire (garanties du régime de base)

Les **salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles** du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.

En cas de **décès d'un salarié** en activité, ses **ayants droit** (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.

Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.

Maintien de la couverture collective obligatoire des anciens salariés (garanties du régime de base)

- Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.
- Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.
- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

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

GARANTIES DU REGIME SURCOMLEMENTAIRE
Option 1

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

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

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
  - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
  - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**+ 50% BR**	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+50% BR** **Néant**	
Chambre particulière (*)		**+10€ par jour**	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+25% BR** **+25% BR**
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+50% BR** **Néant**
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+50% BR** **Néant**
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**+25€ par acte limité à 4 actes par année civile**
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite		**Crédit de +50€ par année civile**
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**Crédit de +100€ par année civile**

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	**100% BR + 1100€ pour une 2de prothèse dans la limite de 2 prothèses par période de renouvellement**	

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnisations versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

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

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

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
▶ Panier maitrisé (*)		
Inlay, onlay	**+75% BR dans la limite des HLF (***)**	
Inlay core	**+75% BR dans la limite des HLF (***)**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+75% BR dans la limite des HLF (***)**	
▶ Panier libre (**)		
Inlay, onlay	**+75% BR**	
Inlay core	**+75% BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+75% BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**+100% BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	**+75% BR**	
Parodontologie	**Crédit de +100€ par année civile**	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	**Crédit de +150€ par année civile**	
Orthodontie	**+150% BR**	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

69

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**) :	**Néant**	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	**Néant**	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	**Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres**	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**+ Crédit de 40€ par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**+ Crédit de 40€ par année civile**	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	**+ Crédit de 150€ par œil et par année civile**	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 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 ;

GD

FG

- 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 ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	+40€	+40€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+40€	+40€
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+40€	+40€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+40€	+40€
		SPH > 0 et S > + 6	+40€	+40€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+40€	+40€
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	+40€	+40€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	+45€	+45€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+45€	+45€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+45€	+45€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+45€	+45€
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	+45€	+45€
		SPH > 0 et S > + 8	+45€	+45€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+45€	+45€

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.
(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

60

FG

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	**+100€ limité à une intervention par année civile**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	**+100€**

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE

Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 1)

Les **salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles** du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.

En cas de **décès d'un salarié** en activité, ses **ayants droit** (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.

Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.

Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 1)

- Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.
- Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.
- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

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

GARANTIES DU REGIME SURCOMLEMENTAIRE
Option 2

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.

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

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
  - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
  - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**+100% BR**	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+100% BR** **Néant**	
Chambre particulière (*)		**+20€ par jour**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**+5€ par jour**	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

SOINS COURANTS		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :		
▶ remboursés SS		
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+55% BR** **+25% BR**
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+100% BR** **Néant**
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+100% BR** **Néant**
▶ non remboursés SS		
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**+ 31€ par acte limité à 4 actes par année civile**
Pharmacie non remboursée SS		
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite		**Crédit de +100€ par année civile**
Matériel médical		
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**Crédit de +200€ par année civile**

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS (*) :		
Aides auditives	**+400€ pour la 1re prothèse** **Et 100 % de la BR + 1500€ pour une 2de prothèse par période de renouvellement**	

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnisations versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

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

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

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
▶ Panier maitrisé (*)		
Inlay, onlay	**+125% BR dans la limite des HLF (***)**	
Inlay core	**+125% BR dans la limite des HLF (***)**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+125% BR dans la limite des HLF (***)**	
▶ Panier libre (**)		
Inlay, onlay	**+125% BR**	
Inlay core	**+125% BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+125% BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**+150% BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	**+125% BR**	
Parodontologie	**Crédit de +100€ par année civile**	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	**Crédit de +350€ par année civile**	
Orthodontie	**+200% BR**	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**) :	**Néant**	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	**Néant**	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	**Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres**	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**Crédit de +90€ par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**Crédit de +90€ par année civile**	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	**Crédit de +200€ par œil et par année civile**	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 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 ;
  - kératopathies évolutives ;
  - dystrophie cornéenne ;
  - amblyopie ;
  - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	+65€	+65€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+75€	+75€
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+65€	+65€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+65€	+65€
		SPH > 0 et S > + 6	+75€	+75€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+75€	+75€
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	+75€	+75€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	+90€	+90€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+85€	+85€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+90€	+90€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+90€	+90€
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	+85€	+85€
		SPH > 0 et S > + 8	+85€	+85€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+85€	+85€

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.
(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	**+ 200€ limité à une intervention par année civile**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	**+200€**

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE

Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 2)

Les **salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles** du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.

En cas de **décès d'un salarié** en activité, ses **ayants droit** (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.

Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.

Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 2)

- Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.
- Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.
- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

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

GARANTIES DU REGIME SURCOMLEMENTAIRE
OPTION 3

Le détail des garanties en vigueur à compter du 01.01.2020 est repris ci-après.
Les niveaux d'indemnisation définis ci-dessous s'entendent en complément du régime de base conventionnel de la CCN 3244, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

ABREVIATIONS :

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale
- FR : Frais réels engagés par le bénéficiaire
- BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement
- RSS : Remboursement Sécurité Sociale = montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement
- TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR – RSS)
- DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
- OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique
- € : Euro
- PLV : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- HLF : Honoraires limites de facturation fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
- CCAM : Classification commune des actes médicaux

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		**NIVEAUX D'INDEMNISATION**	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**+300% BR**	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+300% BR** **Néant**	
Chambre particulière (*)		**+30€ par jour**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**+25€ par jour**	

(*) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS		NIVEAUX D'INDEMNISATION	
		CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Honoraires médicaux :			
▶ **remboursés SS**			
Généralistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+255% BR** **+25% BR**	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+250% BR** **Néant**	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+250% BR** **Néant**	
▶ **non remboursés SS**			
Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Etiopathie, Diététique, Psychologie (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**+50€ par acte limité à 4 actes par année civile**	
Densitométrie osseuse		**Crédit de 300€ limité à une intervention par année civile**	
Pharmacie non remboursée SS			
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits, sevrage tabagique, contraception prescrite		**Crédit de +150€ par année civile**	
Matériel médical			
Orthopédie, autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**Crédit de +400€ par année civile**	

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	**+ 700€ pour la 1re prothèse Et 100% BR + 1800€ pour la 2de prothèse par période de renouvellement**	

S'agissant des aides auditives comprises dans l'équipement libre (classe II), la prise en charge dans le cadre du présent régime s'effectue dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation du contrat responsable (1700 € RSS inclus au 01/01/2021). Le respect de cette limite tient compte de la somme des indemnisations versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

(*) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

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

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

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Prothèses		
▶ Panier maîtrisé (*)		
Inlay, onlay	**+175% BR dans la limite des HLF (***)**	
Inlay core	**+175% BR dans la limite des HLF (***)**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+175% BR dans la limite des HLF (***)**	
▶ Panier libre (**)		
Inlay, onlay	**+175% BR**	
Inlay core	**+175% BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+175% BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**+ 280% BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Soins prothétiques et prothèses dentaires, pour des actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS	**+245% BR**	
Parodontologie	**Crédit de +100€ par année civile**	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	**Crédit de +750€ par année civile**	
Orthodontie	**+350% BR**	

(*) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier maitrisé, tels que définis réglementairement.

(**) Soins prothétiques et prothèses dentaires relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

(***) Le respect de la limite des HLF tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements libres (*) :		
Monture de classe B (quel que soit l'âge) (**) :	**Néant**	
Monture de classe B : Enfant - de 16 ans (*)	**Néant**	
Verres de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (**)	**Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres**	
Verres de classe B : Enfant - de 16 ans (**)		
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**Crédit de +140€ par année civile**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**Crédit de +140€ par année civile**	
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	**Crédit de +450€ par œil et par année civile**	

(*) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 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 ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
  - diabète ;
  - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
  - hypertension artérielle mal contrôlée ;
  - sida ;
  - affections neurologiques à composante oculaire ;
  - cancers primitifs de l'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.

Grille optique « verres de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par verre (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	+65€	+65€
		SPH < à -6 ou > à + 6	+135€	+135€
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+65€	+65€
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+65€	+65€
		SPH > 0 et S > + 6	+135€	+135€
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+135€	+135€
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	+135€	+135€
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	+110€	+110€
		SPH < à -4 ou > à + 4	+85€	+85€
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+110€	+110€
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+110€	+110€
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	+85€	+85€
		SPH > 0 et S > + 8	+85€	+85€
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+85€	+85€

(*) Le verre neutre est compris dans cette classe.
(**) Le respect des plafonds d'indemnisation prévus par la réglementation du contrat responsable tient compte de la somme des indemnités versées par la Sécurité sociale, par le régime complémentaire de Base conventionnel et le présent régime (ainsi que le cas échéant des indemnités versées par tout autre régime complémentaire).

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	**NIVEAUX D'INDEMNISATION**
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de voyage et hébergement	**+200€ limité à une intervention par année civile**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	**+ 300€**

ELEMENTS DE SOLIDARITE PROFESSIONNELLE

Maintien de la couverture collective obligatoire (régime surcomplémentaire : option 3)

Les **salariés relevant de la législation « accident du travail / maladies professionnelles** du régime de base de la Sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.

En cas de **décès d'un salarié** en activité, ses **ayants droit** (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.

Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.

Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 3)

- Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.
- Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la Convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.
- Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

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

Article 4 – Entrée en vigueur – Révision – Dénonciation

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et entrera en vigueur le 1er jour du trimestre suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel et au plus tôt le 1er janvier 2020, à l'exclusion de son article 3 relatif aux tableaux de garanties du régime frais de santé qui entrera en vigueur le 1er janvier 2020.

Il sera donc déposé aux services du ministère en vue de son extension.

Il pourra être modifié ou dénoncé conformément aux dispositions du Code du travail.

Article 5 – Formalités administratives

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions de l'article L. 2231-5 du Code du travail, notifié par la partie la plus diligente des organisations signataires à l'ensemble des organisations représentatives à l'expiration de la période de signature et déposé auprès du Ministre chargé du travail, dans les conditions prévues par le Code du travail.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent avenant au Ministre chargé de la sécurité sociale et au Ministre chargé du budget en application des dispositions de l'article L. 911-3 du Code de la Sécurité sociale.

♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦♦

Fait en 9 exemplaires originaux, à Paris le 09 décembre 2019.

SIGNATAIRES

Les partenaires sociaux

La Fédération de l'Epicerie et du commerce de proximité (FECP)
14, RUE BASSANO - 75016 PARIS

Gérard DOREY

Saveurs Commerce
97 Boulevard Pereire, 75017 Paris

Christel TEYSSEDRE

Confédération du Commerce de Proximité (2CP)
23 rue des Lavandières Sainte-Opportune
75001 Paris

Claude MARET

La Fédération nationale des syndicats des commerçants des marchés de France (FNSCMF)
14 rue de Bretagne - 75003 Paris

Monique RUBIN

La Fédération CGT Commerce, Distribution et Services
263, rue de Paris - 93154 Montreuil Cedex

Sylvie VACHOUX

La Fédération des Services CFDT
14, rue Scandicci,
Tour Essor - 93508 Pantin

P. O.

Fabrice LETOMBE

La Fédération Générale des Travailleurs de l'Agriculture, de l'Alimentation, des Tabacs et Activités Annexes (FO)
15 Avenue Victor Hugo, 92170 Vanves

Didier PIEUX

La Fédération Nationale Agroalimentaire (CFE-CGC Agro-alimentaire)
26 rue de Naples – 75008 Paris

Gérard PERRIN

PO F. GUERRIER