

Avenant n° 3 du 15 décembre 2022
à l'accord du 4 juillet 2017
relatif au régime professionnel de santé 2018-2022

NOR : ASET2350800M

IDCC : 2691

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

FNEP,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FEP CFTD ;

SNPEFP CGT ;

SNEPL CFTC ;

SYNEP CFE-CGC,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche ont décidé de faire évoluer le régime professionnel de santé du 4 juillet 2017 afin de prendre en compte les dernières évolutions réglementaires en prévoyant notamment la prise en charge du dispositif « Mon Psy ».

Les partenaires sociaux de la branche décident également de proroger la durée de l'accord et ses avenants pour une durée de 2 années supplémentaires.

Article 1^{er} | *Modification de la liste des prestations de la garantie obligatoire santé du régime professionnel de santé*

Le tableau présenté à l'article 5.1.1 de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé 2018-2022 est remplacé par le tableau suivant :

Les remboursements indiqués s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

	Base obligatoire Régime professionnel de santé
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité) *	
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100 % BR
Honoraires (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % FR
Forfait patient urgence (1bis)	SRAP (3)
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100 % FR
Chambre particulière hors maternité	Pas de prise en charge
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Pas de prise en charge
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR
Maternité	
• Forfait naissance (doublé en cas de naissance multiple)	Pas de prise en charge
• Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	Pas de prise en charge
• Chambre particulière maternité	Pas de prise en charge
SOINS COURANTS *	
Honoraires médicaux	
Consultation / visites médecins généralistes, consultation en ligne	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
Consultation / visites médecins spécialistes, consultation en ligne	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie	
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Médicaments	
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Pharmacie, hors médicament, prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Matériel médical	
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100 % FR
DENTAIRE * (Soins et prothèses remboursés par la Sécurité sociale)	
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé	SRAP (3)
Soins	100 % BR
Prothèses et soins prothétiques dentaires à « tarifs maîtrisés » ou « tarifs libres » remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses fixes	150 % BR
Inlay core	150 % BR
Prothèses transitoires	150 % BR

	Base obligatoire
	Régime professionnel de santé
Inlay-onlay	150 % BR
Prothèses amovibles	150 % BR
Orthodontie	
Acceptée par la Sécurité sociale	150 % BR
Implants, piliers implantaires refusés par la Sécurité sociale	
Forfait par an et par personne	Pas de prise en charge
OPTIQUE * (équipement = 1 monture + 2 verres) (5)	
Équipements optiques 100 % Santé ***	
Lunettes (1 monture + 2 verres) de classe A	SRAP (4)
Prestations d'appairage pour les verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	SRAP (4)
Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	SRAP (4)

	Base obligatoire Régime professionnel de santé
OPTIQUE * (suite)	
Équipements optiques autre que 100 % Santé (monture + 2 verres de classe B)	
Par bénéficiaire	
• Equipement avec 2 verres simples (a) (6)	150 €
• Equipement avec 2 verres complexes (c) (6)	300 €
• Equipement avec 2 verres très complexes (f) (6)	400 €
• Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) (6)	225 €
• Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) (6)	275 €
• Equipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) (6)	350 €
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B (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 d'une ordonnance pour les verres de classe A ou B	100% BR
• Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme, système antiptosis, verres iséïconiques)	100% BR
• Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non	
Forfait par an et par bénéficiaire en complément de la Sécurité sociale avec un minimum de 100 % BR pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale	110 €
Chirurgie réfractive	
Forfait pour les 2 yeux par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge
AIDES AUDITIVES * (Renouvellement par appareil tous les 4 ans)	
Équipement 100 % Santé (classe I) ***	SRAP (3)
Équipement tarifs libres (classe II)	
Plafond pour chaque oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC
Équipement comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive	100 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR
AUTRES ACTES *	
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin (forfait / an / bénéficiaire)	Pas de prise en charge
Vaccin anti grippe (max : 1 vaccin par an et par bénéficiaire)	100 % FR
Sur prescription médicale (forfait / an / bénéficiaire) :	
• Pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs	Pas de prise en charge
• Sevrage tabagique	
• Ostéodensitométrie non remboursée SS	
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR
Actes de prévention (7)	Oui (8)
Dispositif MonPSY (8)	inclus
Assistance	incluse

FR : Frais réels. BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés). PLV : Prix limite de vente. SRAP : Sans reste à payer.

(*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables - prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale. (**) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (***) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(1bis) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(2) Tel que défini réglementairement au titre de la participation forfaitaire des assurés notamment pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, ainsi qu'aux frais d'hospitalisation en établissement de santé au cours de laquelle est effectué un acte de santé dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros. (3) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (4) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (5) La prise en charge complémentaire est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. La période d'un an n'est opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire

quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Monture : remboursement limité à 100 € à partir du 1er janvier 2020. (6) Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (7) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires. (8) Accompagnement psychologique par un psychologue partenaire dans la limite de 8 séances par bénéficiaire et par an (les tarifs sont de 40€ pour l'entretien d'évaluation et de 30€ pour les séances de suivi).

Article 2 | Modification du tableau des garanties des couvertures complémentaires

Le tableau présenté à l'article 13.2 de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé 2018-2022 est remplacé par le tableau suivant :

Les remboursements indiqués s'entendent y compris le remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

(Voir page suivante.)

	Base obligatoire A Régime professionnel de santé	Option B (y compris la base obligatoire)	Option C (y compris la base obligatoire)	Option D (y compris la base obligatoire)
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité) *				
Frais de séjour en établissement conventionné ou non	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires (médicale, chirurgicale et à domicile y compris maternité)				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée**	100 % BR	130 % BR	155 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier (1)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence (1bis)	SRAP (3)	SRAP (3)	SRAP (3)	SRAP (3)
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière hors maternité	Pas de prise en charge	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Pas de prise en charge	30 € / jour	40 € / jour	50 € / jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Maternité				
• Forfait naissance (doublé en cas de naissance multiple)	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	150 €	300 €
• Adoption d'un enfant de moins de 12 ans	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	150 €	300 €
• Chambre particulière maternité	Pas de prise en charge	50 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
SOINS COURANTS *				
Honoraires médicaux				
Consultation / visites médecins généralistes, consultation en ligne				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR

	Base obligatoire A Régime professionnel de santé	Option B (y compris la base obligatoire)	Option C (y compris la base obligatoire)	Option D (y compris la base obligatoire)
SOINS COURANTS * (suite)				
Consultation / visites médecins spécialistes, consultation en ligne				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	160 % BR	220 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR
Petite chirurgie / Actes techniques médicaux				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Radiologie, imagerie médicale, échographie				
• Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée **	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médicaments				
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie, hors médicament, prise en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

	Base obligatoire A Régime professionnel de santé	Option B (y compris la base obligatoire)	Option C (y compris la base obligatoire)	Option D (y compris la base obligatoire)
Matériel médical				
Prothèses médicales, orthopédiques et autres remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	300 % BR	500 % BR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux (2)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
DENTAIRE * (Soins et prothèses remboursés par la Sécurité sociale)				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé	SRAP (3)	SRAP (3)	SRAP (3)	SRAP (3)
Soins	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses et soins prothétiques dentaires à « tarifs maîtrisés » ou « tarifs libres » remboursées par la Sécurité sociale				
Prothèses fixes	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Inlay core	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Prothèses transitoires	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Inlay-onlay	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Prothèses amovibles	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Orthodontie				
Acceptée par la Sécurité sociale	150 % BR	340 % BR	420 % BR	500 % BR
Implants, piliers implantaires refusés par la Sécurité sociale				
Forfait par an et par personne	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	250 €	500 €
OPTIQUE * (équipement = 1 monture + 2 verres) (5)				
Équipements optiques 100 % Santé ***				
Lunettes (1 monture + 2 verres) de classe A	SRAP (4)	SRAP (4)	SRAP (4)	SRAP (4)
Prestations d'appairage pour les verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	SRAP (4)	SRAP (4)	SRAP (4)	SRAP (4)
Supplément pour verres avec filtres (Verres de classe A)	SRAP (4)	SRAP (4)	SRAP (4)	SRAP (4)
Équipements optiques autre que 100 % Santé (monture + 2 verres de classe B)				
Par bénéficiaire				
• Equipement avec 2 verres simples (a) (6)	150 €	200 €	340 €	420 €
• Equipement avec 2 verres complexes (c) (6)	300 €	370 €	500 €	700 €
• Equipement avec 2 verres très complexes (f) (6)	400 €	490 €	670 €	800 €
OPTIQUE * (suite)				
• Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre complexe (c) (6)	225 €	285 €	420 €	560 €
• Equipement avec 1 verre simple (a) et 1 verre très complexe (f) (6)	275 €	345 €	505 €	610 €
• Equipement avec 1 verre complexe (c) et 1 verre très complexe (f) (6)	350 €	430 €	585 €	750 €
Prestations supplémentaires portant sur un équipement optique de classe A ou B (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 d'une ordonnance pour les verres de classe A ou B	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Supplément pour verres avec filtres (verres de classe B)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ou non				
Forfait par an et par bénéficiaire en complément de la Sécurité sociale avec un minimum de 100 % BR pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale	110 €	140 €	180 €	250 €
Chirurgie réfractive				
Forfait pour les 2 yeux par an et par bénéficiaire	Pas de prise en charge	330 €	410 €	500 €

	Base obligatoire A Régime professionnel de santé	Option B (y compris la base obligatoire)	Option C (y compris la base obligatoire)	Option D (y compris la base obligatoire)
AIDES AUDITIVES * (Renouvellement par appareil tous les 4 ans)				
Équipement 100 % Santé (classe I) ***	SRAP (3)	SRAP (3)	SRAP (3)	SRAP (3)
Équipement tarifs libres (classe II)				
Plafond pour chaque oreille y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Équipement comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive	100 % BR	100 % BR + 250 €/oreille	100 % BR + 600 €/oreille	100 % BR + 1000 €/oreille
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AUTRES ACTES *				
Acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, psychologue et psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin (forfait / an / bénéficiaire)	Pas de prise en charge	120 €	260 €	400 €
Vaccin anti grippe (max : 1 vaccin par an et par bénéficiaire)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Sur prescription médicale (forfait / an / bénéficiaire) :				
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie non remboursée pour les moyens contraceptifs • Sevrage tabagique • Ostéodensitométrie non remboursée SS 	Pas de prise en charge	60 €	120 €	400 €
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR	300 % BR	500 % BR
Actes de prévention (7)	Oui (8)	Oui (8)	Oui (8)	Oui (8)
Dispositif MonPSY (8)	inclus	inclus	inclus	inclus
Assistance	incluse	incluse	incluse	incluse

FR : Frais réels. BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale (reconstitué pour actes non acceptés). PLV : Prix limite de vente. SRAP : Sans reste à payer.

(*) Remboursements limités aux dépenses engagées et effectuées dans le respect des contrats responsables - prise en charge au minimum du ticket modérateur sur l'ensemble des actes remboursés par la Sécurité sociale. (**) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (***) Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

(1) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (1bis) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. (2) Tel que défini règlementairement au titre de la participation forfaitaire des assurés notamment pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, ainsi qu'aux frais d'hospitalisation en établissement de santé au cours de laquelle est effectué un acte de santé dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros. (3) Tel que défini règlementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (4) Tel que défini règlementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (5) La prise en charge complémentaire est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage. La période d'un an n'est opposable, pour les verres, aux enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue, ni à tout bénéficiaire quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Monture : remboursement limité à 100 € à partir du 1er janvier 2020. (6) Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (7) A titre indicatif, le détartrage est remboursé dans la limite prévue par le poste soins dentaires. (8) Accompagnement psychologique par un psychologue partenaire dans la limite de 8 séances par bénéficiaire et par an (les tarifs sont de 40€ pour l'entretien d'évaluation et de 30€ pour les séances de suivi).

Article 3 | *Maintien des garanties au profit des bénéficiaires en suspension de contrat de travail indemnisé*

L'article 6.3.2 de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé 2018-2022 prend la rédaction suivante :

« L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien, total ou partiel, de salaire (quelle qu'en soit la dénomination), d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur :

- et bénéficiaire d'un revenu de remplacement ou d'un maintien total ou partiel de salaire (notamment en cas de congé maternité, congé paternité ou congé formation [dont formation économique sociale et syndicale]) ;
- ou bénéficiaire d'indemnités journalières de sécurité sociale, de rentes d'invalidité et/ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur et qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

Pour activité partielle ou activité partielle de longue durée relevant des dispositions des articles L. 5122-1, R. 5122-1 et suivants du code du travail ou de l'article 53 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 et du décret n° 2020-926 du 28 juillet 2020.

Plus généralement s'il bénéficie d'un maintien de garanties prévu expressément par la réglementation ou la législation en vigueur.

Dans ces cas, il est précisé que l'employeur continue d'appeler et de verser les cotisations correspondantes selon les mêmes règles de répartition des contributions salariales et patronales.

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus. Dans ce cas, les garanties du régime professionnel de santé seront accordées moyennant le versement de la totalité des cotisations du régime (salariales + patronales) par le salarié dans les conditions tarifaires de l'article 7.1 et sous réserve qu'il en fasse la demande dans les 15 jours qui suivent le début de la suspension de son contrat de travail auprès de l'organisme assureur. »

Article 4 | *Modification de la durée de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé 2018-2022*

La durée de l'accord du 4 juillet 2017, modifié par les avenants n° 1 signé le 27 septembre 2019 et n° 2 daté du 5 février 2021, est prorogée pour une durée de 2 ans de sorte que l'article 14 de l'accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé 2018-2022 est rédigé comme suit :

« Le présent accord, à durée déterminée, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2018 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2024. » En conséquence le titre de l'accord devient « Accord du 4 juillet 2017 relatif au régime professionnel de santé ».

Article 5 | *Dispositions spécifiques aux entreprises de moins de 50 salariés*

Les partenaires sociaux précisent que le présent avenant ayant vocation à amender le régime professionnel de santé applicable dont doivent bénéficier tous les salariés relevant de la convention collective, celui-ci ne prévoit aucune disposition spécifique en application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail concernant les entreprises de moins de 50 salariés.

Article 6 | *Prise d'effet et durée*

Le présent avenant entre en vigueur le 1^{er} janvier 2023 et s'applique jusqu'au 31 décembre 2024.

Il pourra être révisé conformément aux dispositions des articles L. 2261-7 à L. 2261-8 du code du travail.

Article 7 | *Notification. Dépôt. Extension*

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et, au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 15 décembre 2022.

(Suivent les signatures.)