NAVIGATION DE PLAISANCE

AVENANT DU 15 OCTOBRE 2019

À L'ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2015

RELATIF AU REGIME DE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ

15 OCTOBRE 2019

AVENANT DU 15 OCTOBRE 2019 A L'ACCORD DU 21 SEPTEMBRE 2015 DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES ENTREPRISES RELEVANT DE LA NAVIGATION DE PLAISANCE DU 31 MARS 1979, RELATIF AU REGIME DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DE FRAIS DE SANTE

Préambule

Considérant l'accord du 21 septembre 2015 de la Convention collective nationale des entreprises relevant de la navigation de plaisance du 31 mars 1979 relatif au régime de couverture complémentaire de frais de santé pour les salariés de la branche.

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 « 100% santé ») ;

Considérant 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 et 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 ;

Considérant 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 professionnel de remboursement complémentaire de frais de soins de santé afin de le mettre en conformité avec la nouvelle législation et ce, sans modification du montant des cotisations.

Le présent avenant prévoit donc la modification du régime conventionnel qui constitue le socle de base, ainsi que du régime optionnel, dans le respect du cadre fixé par la réforme du 100% santé.

Par ailleurs, considérant la volonté des partenaires sociaux d'améliorer le régime frais de santé de la branche tout en conservant l'équilibre de ce régime, ils ont également décidé, compte tenu des résultats du régime, de modifier les prestations du régime professionnel de remboursement complémentaire de frais de soins de santé en intégrant le programme BVS.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 – Mesures d'actions individuelles de prévention complémentaires au régime professionnel conventionnel de remboursement de frais de soins de santé

MESURES D'ACTIONS INDIVIDUELLES DE PREVENTION AU PROFIT DES SALARIES / ANCIENS SALARIES ASSURÉS AU CONTRAT DE FRAIS DE SANTÉ (LEURS AYANTS DROIT SI COUVERTS AU TITRE DUDIT CONTRAT) ET OUVRANT DROIT AU BENEFICE DES GARANTIES DU CONTRAT	
PROGRAMME	**NATURE DES ACTIONS A COMPTER DU 01.07.2019**
Santé bucco-dentaire	
Campagne d'information et d'incitation à la santé bucco-dentaire	Incitation à suivre un parcours de santé bucco-dentaire tout au long de la vie. Promotion des consultations de prévention à deux âges clés, 35 ans et 55 ans en complément du programme de prévention de l'Assurance Maladie "M'T Dents" (1). Les frais engagés par les bénéficiaires du présent dispositif dans le cadre de ces consultations de prévention sont pris en charge selon le niveau d'indemnisation prévu au poste « Dentaire ». Sensibilisation à la nécessité d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire. **(1)** à 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans et pour les femmes enceintes.
Cancers : traitement et prévention de leurs récidives	
Aide à la décision thérapeutique, notamment opératoire, d'un cancer	Prise en charge d'un forfait à hauteur de 450 € HT par prestation d'analyse aboutissant à la modélisation 3D des structures anatomiques et pathologiques d'un patient ayant une suspicion de cancer opérable à partir de son image médicale (Scanner ou IRM). La pertinence médicale de cette aide est subordonnée à l'avis des médecins en charge du patient (oncologues ; chirurgien...)
Prévention des récidives de cancers	Programme d'accompagnement progressif et personnalisé de lutte contre les récidives après un traitement de cancers à travers des interventions non médicamenteuses (INM) telles que : l'activité physique adaptée, l'alimentation et l'engagement motivationnel. Accompagnement d'une durée de 3 à 12 mois selon un niveau d'intervention et de progression défini par les professionnels de santé du programme.
Bilan de prévention	
Bilan de prévention personnel	Accès à un bilan personnel de prévention en ligne permettant une analyse des habitudes de vie et des conseils personnalisés de santé sur 4 thématiques essentielles : manger, bouger, dormir, respirer.

NG

AL

Article 2 – Modification du tableau des prestations garanties par le régime professionnel conventionnel de remboursement de frais de soins de santé

L'article 5-1 est modifié comme suit :

REGIME DE BASE (contrat responsable)

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1er janvier 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
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

HOSPITALISATION		
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE	NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour	**240 % 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 :	**240 % BR** **130 % BR**

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 :	**100 % BR** **100 % BR**	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**130 % BR** **100 % BR**	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**130 % BR** **100 % BR**	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**100 % BR** **100 % BR**	
▶ **non remboursés SS**			
Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Nutritionniste, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**20 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)**	
Honoraires paramédicaux			
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**	
Matériel médical			
Orthopédie et autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**100 % BR**	
Actes de prévention remboursés SS			
Actes de prévention définis par la réglementation		**100 % BR**	

NR

AL

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	**100 % BR**	
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 (***)**	
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 (***)**	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés SS (*)	**100 % BR**	

(*) Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14.11.2018.
(**) Equipements de Classe I, tels que définis réglementairement.
(***) 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).

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	**170 % BR dans la limite des HLF**	
Inlay core	**170 % BR dans la limite des HLF**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**220 % BR dans la limite des HLF**	
▶ Panier libre (***)		
Inlay, onlay	**170 % BR**	
Inlay core	**170 % BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**220 % BR**	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	**170 % BR**	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**225 % BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	**Crédit de 5 % PMSS par an et par bénéficiaire**	

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Equipements de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV**	
Equipements de classe A : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
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 (classe A)	**RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV**	
Equipements libres (***) :		
Equipements de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres**	
Equipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 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 dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**100 % BR + 2 % PMSS**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**Crédit de 2 % PMSS**	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :
Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
    - glaucome ;
    - hypertension intraoculaire isolée ;
    - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
    - rétinopathie diabétique ;
    - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
    - cataracte évolutive à composante réfractive ;
    - tumeurs oculaires et palpébrales ;
    - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
    - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
    - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
    - kératocône évolutif ;
    - 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

Grille optique « Equipement de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par équipement (monture + 2 verres) (RSS inclus) (**)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	153 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	216 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	153 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	153 €	
		SPH > 0 et S > + 6	216 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	216 €	
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	216 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	216 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	216 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	216 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	216 €	
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	216 €	
		SPH > 0 et S > + 8	216 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	216 €	

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

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.

L'article 5-2 est modifié comme suit :

REGIME OPTION (contrat responsable)

Le détail des garanties en vigueur à compter du 1er janvier 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
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

NG
AL

HOSPITALISATION			
NATURE DES FRAIS EN CAS D'HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET DE MATERNITE		NIVEAUX D'INDEMNISATION CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Frais de séjour		**+ 40 % BR**	
Honoraires :			
Actes de chirurgie (ADC) Actes d'anesthésie (ADA) Actes techniques médicaux (ATM) Autres honoraires	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 40 % BR** **+ 50 % BR**	
Chambre particulière		**1,40 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile**	
Frais d'accompagnement :			
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 16 ans (sur présentation d'un justificatif)		**1 % PMSS par jour limité à 20 jours par année civile**	

TRANSPORT	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Transport remboursé SS	**+ 30 % 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 :	**+ 70 % BR** Néant	
Spécialistes (Consultations et visites)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 40 % BR** Néant	
Actes de chirurgie (ADC) Actes techniques médicaux (ATM)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 40 % BR** Néant	
Actes d'imagerie médicale (ADI) Actes d'échographie (ADE)	Adhérents DPTM : Non adhérents DPTM :	**+ 20 % BR** Néant	
▶ **non remboursés SS**			
Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Nutritionniste, Ostéopathie, Psychologie, Psychomotricité (si consultations pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		**+ 5 € par séance (maximum 2 séances par an et par bénéficiaire)**	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (actes remboursés SS)		**+ 10 % BR**	
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale remboursés SS		**+ 10 % BR**	
Médicaments :			
▶ **remboursés SS**		**100 % BR**	
▶ **non remboursés SS**			
Médicaments prescrits non pris en charge par la SS		**1 % PMSS**	
Pharmacie (hors médicaments) :			
▶ **remboursée SS**		**100 % BR**	
▶ **non remboursée SS**			
Pharmacie prescrite non prise en charge par la SS		**1 % PMSS**	
Matériel médical			
Orthopédie et autres prothèses et appareillages remboursés SS (hors auditives, dentaires et d'optique)		**+ 10 % BR**	

NG
PL

AIDES AUDITIVES		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
JUSQU'AU 31.12.2020 :		
Aides auditives remboursées SS :		
Aides auditives	**+ 10 % BR**	
A COMPTER DU 01.01.2021 :		
Equipements 100 % Santé (**) :		
Aides auditives pour les personnes au-delà de leur 20ème anniversaire	Néant	
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	**+ 10 % BR (***)**	
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)	**+ 10 % BR (***)**	
Piles et autres consommables ou accessoires remboursées SS (*)	Néant	

(*) 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.

DENTAIRE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Soins et prothèses 100 % Santé (*)		
Inlay core	Néant	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires		
Prothèses		
▶ **Panier maitrisé (**)**		
Inlay, onlay	**+ 100 % BR dans la limite des HLF**	
Inlay core	**+ 150 % BR dans la limite des HLF**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+ 100 % BR dans la limite des HLF**	
▶ **Panier libre (***)**		
Inlay, onlay	**+ 100 % BR**	
Inlay core	**+ 150 % BR**	
Autres soins prothétiques et prothèses dentaires	**+ 100 % BR**	
Soins		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	Néant	
Autres actes dentaires remboursés SS		
Orthodontie remboursée SS	**+ 25 % BR**	
Actes dentaires non remboursés SS		
Parodontologie	Néant	
Implants dentaires (la garantie « implantologie » comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe : scanner, pilier…)	**7 % PMSS par an dans la limite de 3 implants par an**	
Orthodontie	**150 % BR**	

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

OPTIQUE		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Equipements 100 % Santé (*) :		
Equipements de classe A : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	Néant	
Equipements de classe A : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 Verres) (**)		
Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	Néant	
Supplément pour verres avec filtres (verres de classe A)	Néant	
Equipements libres (***) :		
Equipements de classe B : Adulte et Enfant de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) (**)	**Montants indiqués dans la grille optique ci-après, en fonction du type de verres**	
Equipements de classe B : Enfant - de 16 ans (Monture + 2 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	Néant	
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien lunetier d'une ordonnance pour des verres de classe B	Néant	
Suppléments pour verres avec filtres (de classe A)	Néant	
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	Néant	
Autres dispositifs médicaux d'optique		
Lentilles acceptées par la SS	**+ 3 % PMSS**	
Lentilles refusées par la SS (y compris lentilles jetables)	**+ 8 % PMSS**	

(*) Equipements de classe A et prestations supplémentaires portant sur l'équipement de classe A pris en charge dans le cadre du « 100 % santé », tels que définis réglementairement.
Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

(**) Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes :
- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.
La justification d'une évolution de la vue (dans les limites rappelées ci-dessus) doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
    - glaucome ;
    - hypertension intraoculaire isolée ;
    - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
    - rétinopathie diabétique ;
    - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
    - cataracte évolutive à composante réfractive ;
    - tumeurs oculaires et palpébrales ;
    - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
    - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
    - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
    - kératocône évolutif ;
    - 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. La prise en charge de l'élément de classe A de l'équipement est intégrale après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV. La prise en charge de l'élément de classe B de l'équipement s'effectue dans la limite du plafond de classe B du contrat correspondant à la correction optique de l'équipement acquis, déduction faite :
- du coût des verres de classe A, pour la monture de classe B,
- du coût de la monture de classe A, pour les verres de classe B.

AL

Grille optique « Equipement de classe B »

VERRES UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX / PROGRESSIFS	Avec/Sans Cylindre	SPH = sphère CYL = cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant en € par équipement (2 verres)	
			Adulte et enfant de 16 ans et +	Enfant - 16 ans
UNIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 6 à + 6 (*)	+ 255 €	
		SPH < à -6 ou > à + 6	+ 330 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de – 6 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 255 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 6	+ 255 €	
		SPH > 0 et S > + 6	+ 330 €	
		SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	+ 330 €	
		SPH de – 6 à 0 et CYL > + 4	+ 330 €	
PROGRESSIFS ET MULTIFOCAUX	Sphériques	SPH de – 4 à + 4	+ 255 €	
		SPH < à -4 ou > à + 4	+ 330 €	
	Sphéro cylindriques	SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	+ 330 €	
		SPH > 0 et S ≤ + 8	+ 330 €	
		SPH de – 8 à 0 et CYL > + 4	+ 330 €	
		SPH > 0 et S > + 8	+ 330 €	
		SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	+ 330 €	

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

AUTRES FRAIS	
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION
Cure thermale remboursée SS :	
Frais de traitement et honoraires	**20 % à 35 % BR selon les actes**
Forfait maternité	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (cette garantie est limitée à un paiement par enfant déclaré)	**10 % PMSS**

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.

Article 3 – Maintien de garanties

Les ayants droit d'un salarié, couvert au titre du contrat à la date de décès de ce dernier, peuvent bénéficier gratuitement du maintien de la garantie pendant une durée de 12 mois, à condition d'un faire la demande dans les 6 mois suivant le décès. Les ayants droit devront remplir un bulletin d'affiliation. La garantie prendra effet au plus tard au lendemain de la demande.

Article 4 - Cotisations

La cotisation « salarié » de 0,89 % reste appelée à 0,86 % pour les années 2019 et 2020.

Article 5 – Date d'effet

Les articles 1, 3 et 4 du présent avenant prennent effet le 1er septembre 2019.
L'article 2 prend effet le 1er janvier 2020.

Article 6 – Dépôt et extension - Publicité

Le présent avenant est établi en vertu des dispositions du code du travail relatives à « la négociation collective – les conventions et accords collectifs du travail » (Livre deuxième de la partie II). Le présent avenant est fait en nombre suffisant d'exemplaires pour remise à chacune des organisations signataires et dépôt.

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.

Les parties signataires conviennent de demander au Ministère du Travail, de la solidarité et de la Fonction publique, l'extension du présent avenant en application des articles L.2261-15 et suivants du code du travail.

Fait à Paris, le 15 octobre 2019

Organisation patronale signataire :

Fédération des industries nautiques (FIN) représentée par M. Gérard Lachkar

Organisations syndicales de salariés signataires :

Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)
(Fédération Chimie – Energie représentée par M. Mickaël Gras)

Confédération Française de l'Encadrement-CGC (CFE-CGC)
(Fédération de la Métallurgie représentée par M. André Legault)

Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC)
(Fédération Bâti-Mat-TP représentée par M. Patrick Del Grande)

Confédération Générale du Travail (CGT)
(Fédération des Industries Chimiques représentée par M. Christophe Janot)

FEDECHIMIE FO
(Fédération nationale représentée par M. Xavier Boiston)