

Avenant n°2 du 13 novembre 2019 à l'Accord collectif du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé

Préambule

Face au coût que représentent les dépenses de santé en dentaire, optique et audiologie, de nombreux Français font le choix de ne pas se soigner ou d'opter pour une solution de moindre qualité. Dans son communiqué de presse, le Ministère des Solidarités et de la Santé précise que 67% des malentendants ne sont pas équipés en audiologie, 10% des français renoncent aux équipements optiques et 17% aux soins dentaires pour raisons financières¹. Or, le renoncement aux soins est loin d'être sans conséquences. Il peut aggraver l'état de santé, impacter la vie sociale mais aussi professionnelle.

Face à ce constat, le gouvernement s'est engagé à permettre **à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable** d'avoir accès à des soins et un choix d'équipements de qualité, **100% remboursés**, dans le domaine de l'**optique**, de l'**audiologie** et du **dentaire**. Cette offre est dénommée **100% santé** et est disponible auprès de tous les professionnels de santé concernés (audioprothésistes, opticiens et dentistes conventionnés).

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, intègre le 100% santé dans le cadre de l'évolution de la législation sur les contrats responsables.

Le présent avenant a pour vocation de mettre en conformité l'accord EEP Santé du 18 juin 2015 avec les dispositions dudit décret.

Autrement dit, **à compter du 1^{er} janvier 2020**, l'affilié EEP Santé pourra bénéficier de lunettes de vue, de prothèses dentaires de qualité et à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les aides auditives, prises en charge à 100% par la Sécurité sociale et le régime EEP Santé.

Les prestations 100% santé seront identifiées dans le tableau de garanties du régime EEP Santé par la mention **100% santé et**

le logo suivant  **100% SANTE**
Des soins pour tous, 100% pris en charge

¹ Source : SNDS et INSEE 2014

L'offre 100% santé poste par poste

En optique :

A partir du **1er janvier 2020** les garanties EEP santé seront distinguées selon deux classes pour les équipements optiques :

- **La classe A qui est l'offre 100% santé**
- **La classe B qui comprend les équipements remboursés dans les limites du régime EEP santé.**

Chaque opticien présentera dans son point de vente une offre 100% santé.

La classe A, 100% santé, offrira une gamme large de lunettes de vue. L'affilié EEP Santé pourra choisir parmi au minimum 17 modèles de montures adultes en 2 coloris différents, et 10 modèles de montures enfants en 2 coloris différents, ainsi que des verres (amincis, anti-reflet et anti-rayures) traitant l'ensemble des troubles visuels.

La classe B, hors 100% santé, comprend les autres équipements.

L'affilié pourra combiner des verres de la sélection de la classe A avec une monture de la classe B (ou inversement). Dans ce cas la monture sera alors remboursée dans la limite du niveau de la garantie de l'accord EEP Santé.

À partir du 1er janvier 2020, les opticiens devront obligatoirement fournir au patient un devis normé proposant une offre d'équipement (verres + monture) 100% santé.

En dentaire :

Dès le 1er janvier 2020, certains soins prothétiques dentaires entreront dans le panier 100% santé et, à ce titre, seront intégralement pris en charge. Ce panier de soins sera complété par d'autres prothèses (les prothèses amovibles notamment) à compter du 1er janvier 2021.

A partir du 1er janvier 2020, la mise en place du 100% permettra à l'affilié de bénéficier de soins prothétiques issus d'un des trois paniers de soins suivants :

- **Le panier 100% santé**
- **Le panier aux tarifs maîtrisés**
- **Le panier aux tarifs libres**

Le **panier 100% santé**, intégralement remboursé, couvre le besoin essentiel notamment en termes de couronnes, bridges, Inlays core et couronnes transitoires, et prothèse amovibles à base de résine.

Le **panier aux tarifs maîtrisés**, comprend des prothèses dentaires aux tarifs encadrés pour assurer un reste-à-charge modéré ;

Le panier aux tarifs libres permet aux praticiens et au patient de choisir librement les techniques les plus innovantes ou de répondre à des exigences esthétiques particulières sans plafonnement de tarifs.

L'affilié EEP santé qui bénéficiera d'un acte inclus dans le panier aux tarifs maîtrisés ou le panier aux tarifs libres sera remboursé dans la limite de la garantie EEP Santé.

À partir du 1er janvier 2020, les dentistes devront obligatoirement fournir au patient un devis normé proposant une offre 100% santé.

Les aides auditives :

A partir du 1^{er} janvier 2021 la prise en charge des garanties EEP Santé distinguera 2 catégories pour les aides auditives :

- **La catégorie I qui correspond au 100% santé,**

offrira tous types d'appareils (contour d'oreille classique, à écouteur déporté, intraauriculaire), 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif, un système permettant l'amplification des sons extérieurs restitués à hauteur d'au moins 30 dB, et au moins 3 des options suivantes :

- système anti-acouphène,
- connectivité sans fil (bluetooth),
- réducteur de bruit du vent,
- synchronisation binaurale,
- directivité microphonique adaptative,
- bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz,
- fonction apprentissage de sonie,
- dispositif anti-réverbération.

- **La catégorie II qui correspond aux équipements à prix libre,**

concernera les équipements auditifs autres que ceux du 100% santé, les tarifs sont libres. L'affilié EEP santé qui choisit un appareil inclus dans la catégorie II sera remboursé dans la limite des garanties EEP Santé.

Les aides auditives qu'elles soient de catégorie I ou II ne peuvent être prises en charge par la Sécurité sociale que si elles sont référencées. Pour ce faire le fabricant doit soumettre un dossier de conformité selon un format fixé par le Ministère de la santé et de la sécurité sociale.

Le déploiement des mesures du 100% santé est progressif. **Depuis le 1er janvier 2019** les assurés bénéficient de prestations optiques et dentaires de mieux en mieux remboursées. Au 1^{er} janvier 2020 les affiliés du régime EEP Santé bénéficieront des paniers 100% santé sur l'optique et en partie sur le dentaire. **La prise en charge, au bénéfice de l'affilié EEP Santé, du panier 100 % santé sur les aides auditives sera applicable au 1^{er} janvier 2021 corrélativement à son entrée en vigueur légale.**

Ce **présent avenant doit s'appliquer dans toutes les entreprises** visées à l'article 2.1 de l'accord du 18 juin 2015 révisé quel que soit leur effectif.

En effet, les garanties s'appliquent aux établissements indépendamment du nombre de salariés équivalent temps plein. Il n'y a donc pas de dispositions spécifiques pour les établissements de moins de 50 salariés dans cet avenant.

La branche est très majoritairement composée d'entreprises dont l'effectif est inférieur à 50 salariés et le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

La volonté initiale des organisations représentatives a été de mettre en place pour tous un régime collectif, obligatoire, solidaire, fondé sur la mutualisation afin de rechercher le meilleur rapport prestations / cotisations dans l'intérêt des salariés, des établissements et notamment ceux de petite taille.

Le présent **avenant intègre les évolutions réglementaires concernant le cahier des charges du contrat responsable.**

Conformément à l'avenant n°1 du 26 septembre 2018 à l'accord collectif du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé, **l'annexe 2 du présent avenant fixe les cotisations mensuelles pour l'année 2020.** Elles sont applicables à partir du 1^{er} janvier 2020.

Conformément à l'article L. 2222-3-3 du Code du travail, la volonté paritaire est synthétisée dans le tableau ci-dessous :

Texte initial concerné Avenant n°1	Action	Thématique
Annexe 1	Révision	Annexe 1 Tableau de garanties Intégration des paniers 100% santé et des évolutions réglementaires du contrat responsable.
Annexe 2	Révision	Annexe 2 : cotisations mensuelles pour l'année 2020

Article 1^{er} : Révision de l'annexe 1

L'annexe 1 du présent avenant se substitue à l'annexe 1 de l'accord du 18 juin 2015 révisé par l'avenant n°1 du 26 septembre 2018 en vigueur au 1^{er} janvier 2019. Le tableau des garanties est révisé pour intégrer :

- les paniers 100% santé en optique, dentaire et audiologie,
- les évolutions réglementaires relatives au cahier des charges du contrat responsable.

Article 2 : Révision de l'annexe 2

L'annexe 2 du présent avenant se substitue à l'annexe 2 de l'accord du 18 juin 2015 révisé par l'avenant n°1 du 26 septembre 2018 en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

L'annexe 2 fixe les cotisations mensuelles pour l'année 2020 pour :

- les salariés et leurs ayants-droit,
- les anciens salariés entrés et entrants dans le dispositif EEP Santé Evin et leurs ayants-droit.

Article 3 : Nature du présent accord et date d'application

Le présent accord est un avenant à l'accord du 18 juin 2015 relatif à la mise en place du régime frais de santé dénommé EEP Santé.

Il est à durée indéterminée et prend effet au 1^{er} janvier 2020.

A cette date, ses dispositions remplacent les dispositions révisées.

Article 4 : Modalités de dépôt

L'avenant n°2 est déposé par la CEPNL conformément aux dispositions légales, réglementaires et conventionnelles.


Fait à Paris, le 13 novembre 2019

Collège des employeurs	Collège des salariés
CEPNL	FEP CFTD
	FD CFTC E&F
FFNEAP	SPELC

ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES EEP SANTE



	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
Hospitalisation (y compris frais de maternité)				
Frais de séjour	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Les frais sont ceux correspondant aux frais de séjour (à l'exclusion du forfait journalier de la Sécurité Sociale), aux frais de salle d'opération, à la pharmacie, aux autres frais médicaux, y compris participation forfaitaire pour les actes dont le tarif est supérieur à 120 € ou ayant un coefficient K>60.				
Honoraires				
(y compris hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale de moins de 24 heures, intervention chirurgicale sans hospitalisation et hospitalisation à domicile).				
Médecins adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médecins non adhérents à l'un des DPTM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (y compris en service psychiatrique)	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière (y compris maternité) par jour	-	1,5 % PMSS ¹	2,5 % PMSS ¹	3,5 % PMSS ¹
Lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans (par jour)	-	1 % PMSS ¹	2 % PMSS ¹	2 % PMSS ¹
¹ PMSS en vigueur au 1 ^{er} jour de l'hospitalisation				
Maternité				
Forfait maternité – montant par enfant (y compris en cas d'adoption)	5 % PMSS ²	10 % PMSS ²	15 % PMSS ²	20 % PMSS ²
² PMSS en vigueur à la date de la naissance ou de l'adoption				

		MONTANT DES PRESTATIONS			
		REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
		Responsable			
Dentaire					
Soins et prothèses 100% Santé*		100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des HLF
Soins (Hors 100% Santé)					
Consultations, soins courants (y compris l'endodontie, les actes de prophylaxie et de prévention), la radiologie, la chirurgie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale		100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale (curetage / surfaçage, greffe gingivale et lambeau)		-	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	400 € / an / bénéficiaire
Prothèses (Hors 100 % Santé)					
Panier Maîtrisé **					
Prothèses fixes : (couronnes et bridges)		100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires		100 % TM + 200 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 275 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 300 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlay Core		100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 150 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Inlays onlays d'obturation :					
Jusqu'au 31 décembre 2020		100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
A partir du 1er janvier 2021		100 % TM dans la limite des HLF	100 % TM + 50 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 100 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR	100 % TM + 350 % BR dans la limite de 100 % HLF-MR
Panier Libre ***					
Prothèses fixes (couronnes et bridges)		100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Prothèses amovibles et prothèses provisoires		100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 275 % BR	100 % TM + 300 % BR	100 % TM + 350 % BR
Inlays Core		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 150 % BR
Inlays onlays d'obturation		100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR

	MONTANT DES PRESTATIONS			
	REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable			
Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité Sociale (couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées)	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 350 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre	100 % BR reconstituée	150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
Implantologie dentaire				
Par implant	-	100 €	450 €	800 €

***Soins et prothèses 100% Santé :** tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

**** Panier Maîtrisé :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR)

***** Panier Libre :** Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

Soins courants

Honoraires médicaux

Consultation - Visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin généraliste non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 60 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Consultation - Visite d'un médecin spécialiste, neuropsychiatre non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 40 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 350 % BR
Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTM	100 % TM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 80 % BR	100 % TM + 100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Honoraires paramédicaux				
Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes	100 % TM	100 % TM + 20 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 350 % BR
Médicaments				
Médicaments et vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
Médicaments				
Médicaments prescrits mais non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	100 euros par an et par bénéficiaire	100 euros par an et par bénéficiaire
Vaccins				
prescrits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (non pris en charge par la Sécurité Sociale)	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire	10 euros par an et par bénéficiaire
Matériel Médical				
Appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale.	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3

Responsable

Médecines non conventionnelles

Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre, par séance

50 Euros	50 Euros	50 Euros	50 Euros
Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur	Acupuncteur
Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur	Chiropracteur
Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans	Diététicien pour un enfant de moins de 12 ans
Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe	Etiopathe
Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe	Ostéopathe
Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue	Pédicure – Podologue
3 séances	3 séances	4 séances	5 séances

dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :

Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le N° ADELI ou le N°FINESS du praticien sera demandé.

Aides auditives


Jusqu'au 31 décembre 2020

Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
+ Forfait / oreille / an et par bénéficiaire	200 Euros	200 Euros	300 Euros	300 Euros
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- o Le renouvellement 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) ;
- o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
- o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

A partir du 1er janvier 2021					
Equipements 100% Santé* - Classe 1		100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
Equipements à tarifs libres - Classe 2					
Adultes- bénéficiaires de 21 ans ou plus		600 Euros - MR	600 Euros - MR	700 Euros - MR	700 Euros - MR
Enfants - bénéficiaires de moins de 21 ans ou personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction)		1600 Euros - MR	1600 Euros - MR	1700 Euros - MR	1700 Euros - MR
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale		100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

***Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).**

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

Prévention

1 Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- . Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- . Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- . Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- . Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- . Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

100 % TM

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.


7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- . Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- . Coqueluche : avant 14 ans ;
- . Hépatite B : avant 14 ans ;
- . BCG : avant 6 ans ;
- . Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- . Haemophilus influenzae B ;
- . Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
Responsable			

Optique

Verres et monture

Equipements 100% Santé - Classe A ^(*)(**)		100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV	100 % des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV
---	---	--	--	--	--

Equipements libres – Classe B ^()(***)**
Grille optique - Verres et monture à tarifs libres

Verre Unifocal / Multifocal / Progressif	Avec / Sans Cylindre	SPH = Sphère CYL = Cylindre (+) S = SPH + CYL	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre	Montant par verre
Unifocal	Sphérique	SPH de -6 à +6 ⁽¹⁾	60 Euros -MR	80 Euros -MR	90 Euros -MR	110 Euros -MR
		SPH < à -6 ou > à +6	80 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -6 à 0 et CYL < ou = à +4	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S < ou = à +6	70 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à +6	75 Euros -MR	90 Euros -MR	100 Euros -MR	120 Euros -MR
		SPH < à -6 et CYL > ou = à +0,25	80 Euros -MR	100 Euros -MR	110 Euros -MR	130 Euros -MR
	SPH de -6 à 0 et CYL > à +4	100 Euros -MR	120 Euros -MR	130 Euros -MR	150 Euros -MR	
Progressif et Multifocal	Sphérique	SPH de -4 à +4	130 Euros -MR	150 Euros -MR	190 Euros -MR	210 Euros -MR
		SPH < à -4 ou > à +4	150 Euros -MR	170 Euros -MR	210 Euros -MR	230 Euros -MR
	Sphéro cylindrique	SPH de -8 à 0 et CYL < ou = à +4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > 0 et S < ou = à +8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH de -8 à 0 et CYL > à +4	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
		SPH > à 0 et S > à +8	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR
	SPH < à -8 et CYL > ou = à +0,25	160 Euros -MR	180 Euros -MR	220 Euros -MR	240 Euros -MR	
Monture			50 Euros - MR	75 Euros - MR	100 Euros - MR	100 Euros - MR

⁽¹⁾ Le verre neutre est compris dans cette classe

(¹) Equipements 100% Santé – Classe A :

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 soit de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes

(²) Equipements libres – Classe B :

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

(³) 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.

MONTANT DES PRESTATIONS			
REGIME SOCLE	SOCLE + Option 1	SOCLE + Option 2	SOCLE + Option 3
	Responsable		

Autres postes optique

Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	2 % PMSS ⁴	3 % PMSS ⁴	5 % PMSS ⁴	8 % PMSS ⁴
Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la sécurité sociale seront remboursées à hauteur de	100 % TM	100 % TM	100 % TM	100 % TM
La chirurgie réfractive, par œil	-	10 % PMSS ⁵	25 % PMSS ⁵	25 % PMSS ⁵

⁴ PMSS en vigueur au jour de la dépense

⁵ PMSS en vigueur au jour de l'intervention

Autres postes

Frais de Transport du malade en véhicule sanitaire	100 % TM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 150 % BR
Cures Thermales	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 50 % BR
+ Forfait par bénéficiaire	-	5 % PMSS ³	10 % PMSS ³	15 % PMSS ³

³ PMSS en vigueur au 1^{er} jour de la cure

Pour mieux comprendre les garanties

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés du secteur 2.

PMSS = Pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

BR = Base de remboursement : Tarif servant de référence à la sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

TM = Ticket modérateur est égal à la Base de remboursement (BR) moins le montant remboursé par la Sécurité Sociale, avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux

MR = Montant remboursé par la Sécurité sociale.

FR = Frais réels.

FR-MR = Frais réels sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

BR - MR = Base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

EUROS - MR = Montant en Euros sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

HLF = **Les Honoraires Limites de Facturation** correspondent au prix maximum de vente à l'assuré social. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les HLF tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale. Ils sont fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire

PLV = Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV tels que définis par le Code de la Sécurité Sociale.

ANNEXE 2 : COTISATIONS MENSUELLES 2020

1/ Cotisations pour les salariés et leurs ayants-droit

Les cotisations 2020 des salariés en activité et de leurs ayants-droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	39,50€	23,80 €	10,30€	26,70€	37€
Conjoint	43,50 €	26,20 €			
Enfant (1)	21,70 €	13,20€	5,70€	14,40€	20,40 €

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant « affilié ».

Lorsque la cotisation correspondant aux garanties du socle conventionnel (tel que défini par le présent accord) est inférieure au montant de la cotisation fixée par le présent accord, **l'employeur doit contribuer à hauteur de 19,75 € minimum.**

Pour l'année 2020, la répartition de la cotisation mensuelle au titre du socle conventionnel obligatoire est la suivante conformément à l'article 9.2 du présent accord :

- Régimes général et agricole : 19,75€ minimum pour l'employeur et 19,75€ maximum pour le salarié ;
- Alsace-Moselle : 19,75€ minimum pour l'employeur et 4,05€ maximum pour le salarié.

Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée entre l'établissement et les salariés selon cette proportion.

Pour les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois et les salariés pour lesquels la cotisation représente au moins 10% de leurs rémunérations brutes seule la contribution employeur est appelée sous réserve qu'ils soient identifiés par bulletin d'affiliation et dans l'appel de cotisation trimestriel. Ils bénéficient ainsi d'une exonération totale de la part salarié de la cotisation conventionnelle pour le socle obligatoire.

2/ Cotisations pour les anciens salariés entrés dans le dispositif EEP santé EVIN et leurs ayants-droit

Les cotisations 2020 des anciens salariés entrés dans le dispositif Evin EPP Santé à compter du 1^{er} janvier 2019, des anciens salariés privés d'emploi et bénéficiant de revenus de remplacement sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	39,50€	23,80€	10,30€	26,70€	37€
Conjoint	43,50€	26,20€			
Enfant (1)	21,70€	13,20€	5,70€	14,40€	20,40€

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant « affilié ».

Les cotisations 2020 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé entre le 1^{er} janvier 2018 jusqu'au 31 décembre 2018, c'est-à-dire pour la 2^{ème} année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants-droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	49,40€	29,80€	12,90€	33,40€	46,30€
Conjoint	54,40€	32,70€			
Enfant (1)	21,70€	13,20€	5,70€	14,40€	20,40€

(1) La cotisation est gratuite à compter du 3^{ème} enfant « affilié ».

Les cotisations 2020 des anciens salariés entrés dans le dispositif loi Evin EEP Santé avant le 1^{er} janvier 2018, c'est-à-dire pour la 3^{ème} année de cotisation dans le régime loi Evin et de leurs ayants-droit sont de :

	Socle		Options (en complément du socle)		
	Régime général	Alsace Moselle	Option 1	Option 2	Option 3
Salarié	59,30€	35,70€	15,50€	40,10€	55,50€
Conjoint	65,30€	39,30€			
Enfant (1)	21,70€	13,20€	5,70€	14,40€	20,40€