

Avenant
**Avenant n° 125 du 5 juillet 2017 à l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 relatif au régime
de frais de soins de santé**

Préambule

Les partenaires sociaux de la branche de convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers se sont réunis en vue d'adapter le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé au niveau national, à compter du 1er janvier 2018, notamment au regard de la nouvelle réglementation issue de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, de la protection maladie universelle, des dispenses d'affiliation d'ordre public et du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

À l'issue de ces travaux, les partenaires sociaux de la branche de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers ont décidé d'adapter le régime collectif et obligatoire frais de soins de santé à compter du 1er janvier 2018.

En conséquence de quoi, il a été conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

Article 1er

Les dispositions de l'article 1er « Champ d'application » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Le régime " remboursement complémentaire de frais de soins de santé " est applicable à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.

Ce régime collectif de frais de soins de santé comporte nécessairement les éléments suivants :

— une couverture minimale de frais de soins santé à adhésion obligatoire pour le salarié seul destinée à compléter en tout ou partie les prestations de la sécurité sociale en matière de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, composée :

— d'un niveau de garantie dénommé " base obligatoire " ;

- de 3 niveaux de garantie améliorée dénommés “ option 1 ”, “ option 2 ”, “ option 3 ”, qui devront être souscrites par l’employeur soit dans le cadre d’une adhésion facultative dans la mesure où les partenaires sociaux sont sensibles à la possibilité pour le salarié d’améliorer sa couverture collective obligatoire s’il le souhaite et dans ce cas la cotisation de l’option choisie sera à sa charge exclusive, soit l’une d’entre elles sera souscrite par l’employeur dans le cadre d’une adhésion obligatoire et la (les) option (s) restante (s) supérieure (s) le sera (seront) dans un cadre facultatif ;
- et d’une couverture collective à adhésion facultative organisant la possibilité pour les salariés couverts à titre collectif, à leur charge exclusive, de faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garantie qu’eux-mêmes ;
- le maintien temporaire des garanties collectives dans les conditions de l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, dispositif dénommé “ portabilité santé ” et selon les modalités fixées à l’article 4 bis du présent avenant ;
- le maintien à titre gratuit des garanties collectives pour les salariés relevant de la législation “ accident du travail/ maladies professionnels ” dans les conditions de l’article 5 du présent avenant ;
- le maintien à titre gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit du salarié décédé dans les conditions de l’article 10.1 du présent avenant ;
- le maintien à l’identique des garanties collectives dans le cadre d’une solidarité intergénérationnelle anciens salariés/ salariés actifs dans les conditions de l’article 10.2 du présent avenant ;
- le maintien des garanties collectives en cas de suspension du contrat de travail selon les modalités fixées à l’article 11 du présent avenant.

En application du principe de faveur, chaque entreprise reste libre de mettre en place un régime plus favorable que celui institué par le présent avenant selon l’une ou l’autre des modalités prévues à l’article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, lorsqu’un régime de frais de soins de santé est déjà mis en place dans l’entreprise, les stipulations de ce dernier devront être adaptées en conséquence conformément aux dispositions de l’article L. 2253-2 du code du travail et dans le respect des dispositions de l’alinéa 1er de l’article L. 2253-3 du code du travail. »

Article 2

Les dispositions de l’article 3 « Bénéficiaires » de l’avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers sont remplacées par les dispositions suivantes.

« 3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont bénéficiaires du présent régime de remboursement complémentaire de frais de soins de santé obligatoire l’ensemble des salariés relevant des entreprises visées à l’article 1er

du présent avenant, sans condition d'ancienneté.

3.2. Dispenses d'affiliation

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime de frais de soins de santé, les salariés ne peuvent se prévaloir, sur demande écrite de leur part et après que l'employeur les a préalablement informés des conséquences de leur choix, que des cas de dispense de droit visés aux articles L. 911-7, III, 2^e alinéa, et D. 911-2 et suivants du code de la sécurité sociale ainsi que celle de l'article R. 242-1-6, 2^o, c, du code de la sécurité sociale. Peuvent ainsi se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion au présent régime de frais de soins de santé :

— s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties :

— les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

— les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient est inférieure à 3 mois et s'ils justifient bénéficier d'une couverture solidaire et responsable ;

— s'ils en ont fait la demande au moment de l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures ci-après mentionnées :

— les salariés bénéficiant de l'ACS ou de la CMU-C. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

— les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations santé servies au titre d'un autre emploi, en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :

--- couverture collective et obligatoire ;

--- régime local d'Alsace-Moselle ;

--- régime complémentaire des industries électriques et gazières ;

--- mutuelles de la fonction publique territoriale ou d'État ;

--- Madelin (travailleurs non-salariés) ;

— les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation globale (toutes garanties complémentaires d'entreprise santé et prévoyance confondues) au moins égale à 10 % (toutes garanties complémentaires d'entreprise santé et prévoyance additionnées) de leur rémunération brute.

En tout état de cause, ces salariés sont tenus de cotiser au présent régime collectif obligatoire de frais de soins de santé dès qu'ils cessent de se trouver dans l'une des situations visées ci-dessous et doivent en informer immédiatement leur employeur. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

Par ailleurs, dans les cas où une justification doit être produite chaque année à l'employeur, celle-ci doit lui être adressée entre le 1^{er} et le 31 décembre. Lorsque l'employeur ne reçoit pas de justificatif, le salarié est affilié à effet du 1^{er} janvier qui suit. Les documents d'affiliation lui sont adressés et la cotisation salariale est alors précomptée

sur le bulletin de paie.

3.3. Couverture collective à adhésion facultative des ayants droit du salarié

Au-delà du régime de base frais de soins de santé à adhésion obligatoire de la branche, les entreprises doivent proposer un dispositif collectif optionnel financé par les salariés, pour étendre leur couverture à leurs ayants droit.

Les salariés peuvent ainsi faire bénéficier leurs ayants droit du même niveau de garantie qu'eux-mêmes par une adhésion souscrite individuellement et donnant lieu au versement d'une cotisation spécifique à leur charge exclusive.

Par ayants droit, il convient d'entendre :

– le conjoint du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner :

— l'époux (se) du salarié, non divorcé (e) ou non séparé (e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;

— le partenaire lié par un Pacs : la personne ayant conclu avec le salarié un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7-1 du code civil ;

— le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple au sens de l'article 515-8 du code civil, depuis au moins 2 ans ou sans condition de durée lorsque au moins un enfant est né de cette union et sous réserve que les concubins soient tous les deux libres de tout engagement (ni mariés ni liés par un Pacs), et que le concubinage fasse l'objet d'une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;

– les enfants du salarié. Ce vocable étant utilisé pour désigner les enfants du salarié légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin sous réserve que ces enfants aient leur domicile chez ce conjoint (partenaire ou concubin), âgés :

— de moins de 21 ans, sans condition. Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à la veille du 28^e anniversaire pour les enfants :

--- poursuivant des études dans l'enseignement secondaire ou supérieur ou professionnel ou en apprentissage ;

--- poursuivant une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED (centre national d'enseignement à distance) ;

--- inscrits à l'assurance chômage en qualité de primo-demandeurs d'emploi. En outre, les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi ;

— quel que soit leur âge si l'enfant est reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). »

Article 3

L'article 4 « Garanties » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers est désormais intitulé « Prestations garanties » et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 4

Prestations garanties

Les prestations du niveau de garantie dénommé “ base obligatoire ” détaillées ci-après doivent bénéficier a minima, acte par acte, à chaque salarié bénéficiaire.

Au-delà des prestations garanties de la base obligatoire couvrant le seul salarié, les entreprises doivent proposer l'amélioration des prestations garanties de la base obligatoire en souscrivant les trois niveaux de garantie supérieurs dénommés “ option 1 ”, “ option 2 ” et “ option 3 ”.

Les prestations garanties des trois différentes options sont détaillées dans l'annexe du présent avenant.

Les entreprises devront souscrire :

- soit aux trois options dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; dans ce cas, la cotisation se rapportant à l'option choisie par le salarié est à sa charge exclusive ;
- soit à l'une des options dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire et la (les) option (s) restante (s) supérieure (s) dans le cadre d'une adhésion collective facultative ; Dans ce cas, l'entreprise devra satisfaire aux conditions pour bénéficier de l'exonération sociale plafonnée sur le financement patronal du régime collectif et obligatoire et notamment formaliser l'existence d'un acte juridique instituant le régime selon l'un des modes visés à L. 911-1 du code de la sécurité sociale (décision unilatérale de l'employeur écrite remise contre récépissé aux salariés bénéficiaires ou référendum ou accord collectif d'entreprise). »

Article 4

L'article 4 bis « Portabilité des droits du régime de remboursement complémentaire de frais de soins santé » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers est désormais intitulé « Maintien temporaire des garanties collectives du régime aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de “ portabilité santé ” » et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 4 bis

Maintien temporaire des garanties collectives du régime frais de santé de branche aux anciens salariés et ses ayants droit : article L. 911-8 du code de la sécurité sociale dénommé dispositif de “ portabilité santé ”

Les salariés garantis collectivement au titre de la couverture “ base obligatoire ” et, le cas échéant, au titre des couvertures “ option ” souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ ou dans un cadre collectif facultatif, bénéficient du maintien à titre gratuit – c’est-à-dire sans contrepartie de cotisation – de ces couvertures en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d’assurance chômage, dans les conditions fixées à l’article L. 911-8 du code de la sécurité sociale notamment :

1. Le maintien de la (des) couverture (s) est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
2. Le bénéfice du maintien de la (des) couverture (s) est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
3. Les garanties maintenues au bénéfice de l’ancien salarié sont celles en vigueur dans l’entreprise ;
4. L’ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l’ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
5. L’employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l’organisme assureur de la cessation du contrat de travail
6. La cessation de la couverture (des) couvertures intervient (interviennent) le dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire cesse d’être couvert.

Ce maintien temporaire visé ci-avant est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement, dans le cadre d’une extension facultative, de la couverture frais de santé à la date de la cessation du contrat de travail.

En cas de changement d’organisme assureur, les bénéficiaires du dispositif de portabilité relevant des présentes stipulations sont affiliés dans les mêmes conditions que les salariés en activité auprès du nouvel organisme assureur. »

Article 5

Le 12e alinéa de l’article 5 « Cotisation et répartition » de l’avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie

et produits laitiers est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les salariés relevant de la législation “ accident du travail/ maladies professionnelles ” du régime de base de la sécurité sociale bénéficieront de la gratuité de la cotisation correspondante aux garanties collectives, pendant 12 mois après 6 mois d’arrêt de travail.

Par garanties collectives, il convient d’entendre les garanties obligatoires, quelles qu’elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de “ base obligatoire ” ou celles du régime obligatoire (base obligatoire + option) et de l’(les) option (s) restante (s) supérieure (s) souscrite (s) dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s’il s’agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant son arrêt de travail initial pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative. »

Article 6

L’article 9 « Plafond des remboursements » de l’avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers est désormais intitulé « Cessation de la garantie » et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 9

Cessation de la garantie

La couverture base obligatoire et, le cas échéant, les couvertures “ option ” souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ ou dans un cadre collectif facultatif cesse tant pour le salarié que ses éventuels ayants droit à l’expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l’entreprise.

À titre exceptionnel et à condition que la totalité des cotisations mensuelles afférentes à la période de couverture aient été acquittées, la garantie peut être maintenue jusqu’à la fin du trimestre au cours duquel prend fin le contrat de travail. »

Article 7

L’article 10 « Cessation des garanties » de l’avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers est désormais intitulé « Maintien des garanties collectives » et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 10

Maintien des garanties collectives

10.1. Maintien gratuit des garanties collectives au profit des ayants droit d’assurés décédés

En cas de décès d’un salarié en activité dans une entreprise visée à l’article 1er du

présent avenant, le régime de frais de soins de santé prend en charge pendant 12 mois au bénéfice de ses ayants droit les cotisations correspondantes aux garanties collectives.

Par garanties collectives, il convient d'entendre les garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de " base obligatoire " ou celles du régime obligatoire (base obligatoire + option) et de l'(les) option (s) restante (s) supérieure (s) souscrite (s) dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la cessation de son contrat de travail pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

Les ayants droit devront en faire la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Sont concernés par cette gratuité les ayants droit du salarié visé à l'article 3.3 du présent avenant. Ce maintien n'est pas conditionné au bénéfice des garanties telles que définies ci-dessus par les ayants droit du salarié décédé au moment du décès.

10.2. Solidarité intergénérationnelle : maintien à l'identique des garanties collectives du régime frais de soins de santé au profit des anciens salariés visés à l'article 4 de la loi " Évin "

Tout organisme assureur doit maintenir la couverture collective frais de santé dans les modalités et conditions de l'article 4 de la loi " Évin " (et du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017).

Les partenaires sociaux de la branche souhaitent aller au-delà en instaurant une solidarité intergénérationnelle entre les anciens salariés et les salariés actifs tant sur le niveau des cotisations que celui des prestations, à travers la mutualisation au sein du régime.

Ce maintien de la couverture s'effectue sans condition de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux du profit des anciens salariés, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties selon les modalités fixées à l'article 4 bis du présent avenant.

L'organisme assureur adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de 2 mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ou à l'issue du maintien prévu à l'article 5 du présent avenant.

Pour l'application du présent article il faut entendre par ancien salarié :

– les retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche ;

- les titulaires d'une rente d'incapacité ou d'une rente d'invalidité, telles que définies au chapitre VIII " Prévoyance " de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers ;
- ceux privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.

Les anciens salariés qui feront valoir ce droit devront justifier régulièrement de leur situation.

La couverture collective frais de santé maintenue est celle dont bénéficiait l'ancien salarié au moment de la cessation de son contrat de travail ou à la cessation du maintien temporaire des garanties, donc il s'agit des mêmes niveaux de garanties.

Quant aux garanties collectives concernées, il peut s'agir des garanties obligatoires, quelles qu'elles soient, ou facultatives (à savoir, celles du régime de " base obligatoire " ou celles du régime obligatoire (base obligatoire + option) et de l'(les) option (s) restante (s) supérieure (s) souscrite (s) dans un cadre collectif facultatif), étant précisé que s'il s'agit de garanties facultatives, le salarié doit avoir demandé à en bénéficier avant la cessation de son contrat de travail pour que le maintien soit assuré pour cette couverture facultative.

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

- la première année, égale à la cotisation (part patronale et salariale) dont ils s'acquittaient lorsqu'ils étaient en activité ;
- à compter de la deuxième année, égale, au plus, à 125 % de la cotisation (part patronale et salariale) qui leur était applicable lorsqu'ils étaient en activité (tarif viager).

En tout état de cause, ces cotisations sont à la charge exclusive de l'ancien salarié.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la computation du délai prévu la première année, lors de la sortie du contrat collectif, s'effectue de date à date, à savoir à compter de la date à laquelle l'ancien salarié et les personnes garanties du chef de l'assuré décédé bénéficient du maintien de leur couverture (le cas échéant, à l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire de la portabilité au sens de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale ou de la gratuité prévue à l'article 10.1 du présent avenant) jusqu'à la date anniversaire de son adhésion l'année suivante.

La nouvelle adhésion prendra effet, au plus tard, au lendemain de la demande. »

Article 8

L'article 11 « Suspension des garanties » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers est désormais intitulé « Conditions et modalités du maintien des garanties collectives du régime en cas de suspension du contrat de travail » et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article 5

Conditions et modalités du maintien des garanties collectives du régime en cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion du salarié à la couverture base obligatoire et, le cas échéant, aux couvertures optionnelles souscrites dans un cadre collectif obligatoire et/ ou dans un cadre collectif facultatif est maintenue en cas de suspension de son contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'il bénéficie, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- ou d'indemnités journalières complémentaires ;
- ou de rentes d'invalidité et/ ou d'indemnités journalières de sécurité sociale ;
- ou d'un congé maternité ou paternité ou d'adoption.

Ce maintien dans les conditions visées ci-dessus est également applicable aux ayants droit du salarié, bénéficiaires dans le cadre d'une extension facultative, de la couverture obligatoire et, le cas échéant, de la couverture optionnelle choisie par le salarié.

Dans une telle hypothèse, l'entreprise verse une contribution calculée selon les règles applicables à l'ensemble du personnel pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation, calculée selon les mêmes modalités que celles applicables aux autres salariés et, le cas échéant, la ou les cotisations afférentes au paiement des extensions facultatives.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail que ceux visés ci-avant, le salarié peut demander, à titre individuel, de continuer à bénéficier du régime de frais de soins de santé pendant la durée de la suspension. La cotisation est celle prévue par le personnel en activité. L'intégralité de la cotisation (patronale et salariale) est à la charge exclusive du salarié qui doit la verser directement à l'organisme assureur. »

Article 9

L'article 12 « Prescription des actions » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 de la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits laitiers est désormais intitulé « Cas de l'entreprise ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1er janvier 2018 » et ses dispositions sont remplacées par les dispositions suivantes.

« Article 12

Cas de l'entreprise ayant mis en place un régime d'entreprise santé au 1er janvier 2018
 En présence d'une couverture santé d'entreprise antérieure au 1er janvier 2018, l'employeur devra s'assurer que celle-ci est conforme aux prescriptions du présent régime frais de soins de santé de branche.

À ce titre, il devra veiller notamment à ce que :

- chaque salarié présent et futur soit couvert (absence de condition d'ancienneté et bénéficiaire des dispenses mentionnées ci-avant à l'article 3) ;
- la couverture d'entreprise doit être solidaire et responsable ;
- chaque prestation garantie, acte par acte, de la couverture d'entreprise soit supérieure ou égale aux prestations de la base obligatoire ;
- le régime d'entreprise devra proposer au moins deux dispositifs optionnels financés par les salariés, pour étendre les garanties du salarié à ses ayants droit et pour améliorer la couverture des bénéficiaires ;
- la participation patronale du régime d'entreprise devra être au moins égale à 50 % de la cotisation " salarié seul en obligatoire ". Si la cotisation totale prévue par le régime obligatoire d'entreprise pour le salarié seul est supérieure à celle figurant dans l'article 5 pour la base obligatoire pour des garanties strictement identiques, la part supplémentaire est entièrement due par l'employeur ;
- le régime d'entreprise respecte bien les dispositions des articles 4 bis, 10 et 11 ci-avant concernant les maintiens et conditions de suspension des garanties santé y compris pour les anciens salariés et les ayants droit ;
- le régime d'entreprise doit proposer un fonds social et des actions de prévention aux salariés. »

Article 10

L'annexe de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 à la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits est remplacé par les dispositions suivantes :

Garanties du régime de base

Postes	Prestations	
	y compris les prestations versées par la sécurité sociale et/ ou d'éventuels organismes complémentaires (*)	
	Secteur	Secteur

	conventionné	non conventionné
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	220 % de la BR	
Honoraires : actes de chirurgie (ADC)	Médecin adhérent au DPTM (**): 220 % de la BR	
Actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	Médecin non adhérent au DPTM (**): 200 % de la BR	
Chambre particulière (1)	70 € par jour	
Forfait hospitalier engagé	100 % des FR	
	dans la limite de la législation en vigueur	
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	35 € par jour	
Transport (accepté par la sécurité sociale)	100 % de la BR	
Actes médicaux		
Consultation et visite de généraliste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): 195 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): 175 % de la BR	
Consultation et visite de spécialiste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): 220 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): 200 % de la BR	
Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent au DPTM (**): 220 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): 200 % de la BR	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Médecin adhérent au DPTM (**): 170 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**):	
Actes d'échographie (ADE)	150 % de la BR	
Kinésithérapeutes	120 % de la BR	
Autres auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Analyses, actes de biologie et prélèvements	100 % de la BR	
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale		
Chirurgie réfractive dont Kératotomie (correction de la myopie par laser)	Crédit de 1 100 € par œil et par année civile	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale		
Pharmacie	100 % de la BR	
Dentaire (remboursé par la sécurité sociale)		
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	100 % de la BR	
Inlay simple et onlay	450 % de la BR	
Inlay core et inlay core à clavettes	450 % de la BR	
Prothèses dentaires	450 % de la BR	

Orthodontie	250 % de la BR
Dentaire (non remboursé par la sécurité sociale)	
Prothèses dentaires (3)	450 % de la BR
Orthodontie	250 % de la BR
Implants dentaires (4)	Crédit de 1 200 € par implant dans la limite de 3 implants par année civile
Parodontologie	Crédit de 200 € par année civile
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Accessoires et entretiens sur prothèses auditives	100 % de la BR
Prothèses auditives hors accessoires et entretiens	100 % de la BR + crédit de 1 100 € dans la limite d'une prothèse par année civile
Orthopédie et autres prothèses	100 % de la BR + crédit de 500 € par année civile et par bénéficiaire
Optique (par bénéficiaire)	
<p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée [*]).</p> <p>Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</p> <p>(* La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.</p>	
Monture	Remboursement sécurité sociale + 140 €
Verres unifocaux simples (5)	Remboursement sécurité sociale + 95 € par verre
Verres unifocaux complexes (6)	Remboursement sécurité sociale + 165 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs simples (7)	Remboursement sécurité sociale + 190 € par verre
Verres multifocaux ou progressifs complexes (8)	Remboursement sécurité sociale + 265 € par verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	100 % de la BR + crédit de 160 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit de 160 € par année civile
Cure thermale (remboursée par la sécurité sociale)	
Honoraires et frais de traitement	100 % de la BR

Frais de voyage et d'hébergement	250 € limité à une intervention par année civile et par bénéficiaire
Maternité (9)	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (dans la limite des frais réels restants à charge).	Forfait de 300 €
Médecines douces (non remboursées par la sécurité sociale) : pack Bien-être	
Pack Bien-être : acupuncture, chiropractie et ostéopathie, étio-pathie, diététique, psychologie (10).	30 € par séance, dans la limite de 4 séances par an
Sevrage tabagique prescrit, moyens contraceptifs prescrits, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale.	100 € par an
Prévention	
Actes de prévention pour le seul salarié : – acupuncture, chiropractie et ostéopathie Du fait de l'exercice des métiers du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie, produits laitiers, mais sans que la cause de la consultation soit liée nécessairement à des raisons professionnelles, prise en charge supplémentaire sous réserve de la présentation du justificatif du professionnel de santé.	Prise en charge par le fonds de prévention dédié au régime jusqu'à 4 actes supplémentaires gratuits par année civile (dans la limite du fonds disponible)
Prévention liée aux métiers	Chaque année le comité de prévention de la branche professionnelle définit son plan d'action de prévention à partir des éléments ci-dessous : – études épidémiologiques (ex. : troubles musculosquelettiques ...) ; –

	<p>prises en charge de consultations de prévention (ex. : bilan de santé, dépistages, bilan ostéo-articulaire ...) ;</p> <p>–</p> <p>accompagnement des bénéficiaires dans le suivi de l'action de prévention (ex. : programmes de coaching santé, sessions de sensibilisation aux risques professionnels ou de formation aux bons gestes à adopter ...)</p> <p>–</p> <p>moyen de mise en relation avec les professionnels de santé (par le biais des consultations de prévention) ;</p> <p>–</p> <p>relais d'information et de communication : livret de prévention prodiguant les bonnes pratiques, des vidéos de prévention ;</p>
Prévention liée aux risques de santé publique	Actions en relais de la politique de santé publique et portant sur toute question ayant un impact connu sur la santé (addictions, maladies chroniques, cancers ...), et recherche de partenariats pour l'organisation d'actions d'éducation sanitaire.
Actes de prévention (visé par l'arrêté du 8 juin 2006)	
Voir détails (11)	100 % de la BR
Assistance « frais de santé » hospitalisation et ambulatoire	
<p>Admission à l'hôpital : recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, transport du bénéficiaire à l'hôpital et retour domicile.</p> <p>Pendant le séjour à l'hôpital : présence d'un proche au chevet, séjour à l'hôtel du proche, garde à domicile des enfants/ petits-enfants ou présence d'un proche au domicile ou transfert des enfants/ petits-enfants chez un proche, veille sur les ascendants, garde des animaux de compagnie, téléviseur en chambre.</p> <p>À la sortie de l'hôpital : aide ménagère à domicile, veilles sur les ascendants, livraison de médicaments en urgence, garde des animaux de compagnie, téléassistance ponctuelle, livraison de repas à domicile, recherche de médecin, d'infirmière, aide pédagogique.</p> <p>Suivi postopératoire : déplacement pour examens et analyses.</p> <p>Bilan de vie.</p> <p>Aide au retour à la vie professionnelle en cas de séquelle suite à l'hospitalisation.</p> <p>Rapatriement de corps.</p> <p>Aide aux aidants.</p>	

Service téléphonique de conseils et d'aide psychologique.
Éléments de solidarité professionnelle
Les salariés relevant de la législation « accident du travail/ maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle
Maintien de la couverture collective obligatoire des anciens salariés (garanties du régime de base) <ul style="list-style-type: none"> – retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche ; – anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers ; – anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.
La 1 ^{re} année : la cotisation appelée est égale à la cotisation applicable aux salariés actifs. À compter de la 2 ^e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).
Définitions :
BR : base de remboursement de la sécurité sociale.
FR : frais réels.
(*) Dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.
(**) DPTM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :
– CAS (contrat d'accès aux soins) ;
– OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;
– OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).
(1) Dans la limite de 60 jours en hospitalisation médicale et chirurgicale, de 90 jours par année civile en maison de repos, de convalescence ou d'accueil spécialisé pour handicapés en secteur psychiatrique.
(2) Y compris déplacements et majorations (nuit/ jour férié).
(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :
– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement

partiel ;

– prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(5) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 – 22 42457 – 22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412.

(6) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 97441 – 22 43304 – 22 91088 – 22 73854 – 22 48320 – 22 83953 – 22 19381 – 22 38941 – 22 68385 – 22 45036 – 22 06800 – 22 82793 – 22 63459 – 22 80660 – 22 65330 – 22 35776 – 22 95896 – 22 84527 – 22 54868 – 22 12976 – 22 52668 – 22 88519 – 22 99523.

(7) Verres multifocaux ou progressifs simples : 22 59245 – 22 64045 – 22 40671 – 22 82221 – 22 90396 – 22 91183 – 22 27038 – 22 99180.

(8) Verres multifocaux ou progressifs complexes : 22 38792 – 22 02452 – 22 34239 – 22 59660 – 22 45384 – 22 95198 – 22 02239 – 22 52042.

(9) Le forfait maternité est versé en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né). Son montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Le forfait maternité du participant peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

(10) Le praticien doit être inscrit auprès d'une association agréée.

(11) Détail des actes de prévention suite au décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 (et de ses arrêtés subséquents) :

– 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 risque carieux et avant le quatorzième anniversaire ;

– un détartrage annuel complet sus-et sous-gingival effectué en deux séances maximum (SC12) ;

– 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 14 ans ;

<p>– dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713,4714,0323,0351) ;</p> <p>– dépistage une fois tous les 5 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) ;</p> <p>– 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 50 ans, une fois tous les 6 ans ;</p> <p>– les vaccinations suivantes, seules ou combinées : de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge, de la coqueluche avant 14 ans, de l'hépatite B avant 14 ans, du BCG avant 6 ans, de la rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, de l'Haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.</p>

Garanties du régime surcomplémentaire
Option 1

POSTES	Prestations complémentaires à la sécurité sociale et au régime de base conventionnel (*)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	+ 50 % de la BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC)	+ 50 % de la BR
	pour médecins adhérents au DPTM (**)
Actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	Néant pour médecins non adhérents au DPTM (**)
Chambre particulière (1)	+ 10 € par jour
Forfait hospitalier engagé	Néant
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	Néant
Transport (accepté par la sécurité sociale)	Néant
Actes médicaux	
Consultation et visite de généraliste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 25 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): + 25 % de la BR
Consultation et visite de spécialiste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 50 % de la BR

	Médecin non adhérent au DPTM (**): néant
Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 50 % de la BR
	Médecin non adhérent au DPTM (**): néant
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Néant
Actes d'échographie (ADE)	
Kinésithérapeutes	Néant
Autres auxiliaires médicaux	Néant
Analyses, actes de biologie et prélèvements	Néant
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale	
Chirurgie réfractive dont kératotomie (correction de la myopie par laser)	Crédit de + 150 € par œil et par année civile
Densitométrie	Néant
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	
Pharmacie	Néant
Dentaire (remboursé par la sécurité sociale)	
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	Néant
Inlay simple et onlay	+ 75 % de la BR
Inlay core et inlay à clavettes	+ 75 % de la BR
Prothèses dentaires	+ 75 % de la BR
Orthodontie	+ 100 % de la BR
Dentaire (non remboursé par la sécurité sociale)	
Prothèses dentaires (3)	+ 75 % de la BR
Orthodontie	+ 150 % de la BR
Implants dentaires (4)	Crédit de + 150 € par année civile
Parodontologie	Crédit de + 100 € par année civile
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Accessoires et entretiens sur prothèses auditives	Néant
Prothèses auditives hors accessoires et entretien	100 % de la BR + crédit de 1 100 € pour la seconde prothèse par année civile
Orthopédie et autres prothèses	Crédit de + 100 € par année civile
Optique (par bénéficiaire)	
<p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée [*]).</p> <p>Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</p> <p>(*) La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une</p>	

correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.	
Monture	+ 10 €
Verres unifocaux simples (5)	+ 40 € par verre limité à 2 verres
Verres unifocaux complexes (6)	+ 40 € par verre limité à 2 verres
Verres multifocaux ou progressifs simples (7)	+ 45 € par verre limité à 2 verres
Verres multifocaux ou progressifs complexes (8)	+ 45 € par verre limité à 2 verres
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit augmenté de + 40 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit augmenté de + 40 € par année civile
Cure thermale (remboursée par la sécurité sociale)	
Honoraires et frais de traitement	Néant
Frais de voyage et d'hébergement	+ 100 € limité à une intervention par année civile
Maternité (9)	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (dans la limite des frais réels restants à charge)	+ 100 €
Médecines douces (non remboursées par la sécurité sociale) : pack Bien-être	
Pack Bien-être : acupuncture, chiropractie et ostéopathie, étio-pathie, diététique, psychologie (10)	+ 25 € par séance limité à 4 séances par année civile
Sevrage tabagique prescrit, moyens contraceptifs prescrits, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	Crédit annuel de + 50 € par année civile
Éléments de solidarité professionnelle	
Les salariés relevant de la législation « accident du travail/ maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.	
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.	
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.	
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 1)	
Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.	
Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.	
Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.	

La 1re année : la cotisation appelée est égale à la cotisation applicable aux salariés actifs.

À compter de la 2e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

Définitions :

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

(*) Dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

(**) DPTM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :

– CAS (contrat d'accès aux soins) ;

– OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;

– OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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

(2) Y compris déplacements et majorations (nuit/ jour férié)

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(5) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 – 22 42457 – 22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412.

(6) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 97441 – 22 43304 – 22 91088 – 22 73854 – 22 48320 – 22 83953 – 22 19381 – 22 38941 – 22 68385 – 22 45036 – 22 06800 – 22 82793 – 22 63459 – 22 80660 – 22 65330 – 22 35776 – 22 95896 – 22 84527 – 22 54868 – 22 12976 – 22 52668 – 22 88519 – 22 99523.

(7) Verres multifocaux ou progressifs simples : 22 59245 – 22 64045 – 22 40671 – 22 82221 – 22 90396 – 22 91183 – 22 27038 – 22 99180.

(8) Verres multifocaux ou progressifs complexes : 22 38792 – 22 02452 – 22 34239 – 22 59660 – 22 4584 – 22 95198 – 22 02239 – 22 52042.

(9) Le forfait maternité est versé en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né). Son montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Le forfait maternité du participant peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

(10) Le praticien doit être inscrit auprès d'une association agréée.

Garanties du régime surcomplémentaire Option 2

POSTES	Prestations complémentaires à la sécurité sociale et au régime de base conventionnel (*)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	+ 100 % de la BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC)	+ 100 % de la BR
	pour médecins adhérents au DPTM (**)
Actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	Néant pour médecins non adhérents au DPTM (**)
Chambre particulière (1)	+ 20 € par jour
Forfait hospitalier engagé	Néant
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	+ 5 € par jour
Transport (accepté par la sécurité sociale)	Néant
Actes médicaux	
Consultation et visite de généraliste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 55 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): + 25 % de la BR
Consultation et visite de spécialiste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 100 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): néant
Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 100 % de la BR

	Médecin non adhérent au DPTM (**) : néant
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Néant
Actes d'échographie (ADE)	
Kinésithérapeutes	Néant
Autres auxiliaires médicaux	Néant
Analyses, actes de biologie et prélèvements	Néant
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale	
Chirurgie réfractive dont Kératotomie (correction de la myopie par laser)	Crédit de + 200 € par œil et par année civile
Densitométrie	Néant
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	
Pharmacie	Néant
Dentaire (remboursé par la sécurité sociale)	
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	Néant
Inlay simple et onlay	+ 125 % de la BR
Inlay core et inlay core à clavettes	+ 125 % de la BR
Prothèses dentaires	+ 125 % de la BR
Orthodontie	+ 150 % de la BR
Dentaire (non remboursé par la sécurité sociale)	
Prothèses dentaires (3)	+ 125 % de la BR
Orthodontie	+ 200 % de la BR
Implants dentaires (4)	Crédit de + 350 € par année civile
Parodontologie	Crédit de + 100 € par année civile
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Accessoires et entretiens sur prothèses auditives	Néant
Prothèses auditives hors accessoires et entretien	+ 400 € pour la 1 ^{re} prothèse de l'année civile et 100 % de la BR + crédit de 1 500 € pour la seconde prothèse par année civile
Orthopédie et autres prothèses	Crédit de + 200 € par année civile
Optique (par bénéficiaire)	
<p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée [*]).</p> <p>Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</p> <p>(*) La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier</p>	

équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.	
Monture	+ 10 €
Verres unifocaux simples (5)	+ 65 € par verre limité à 2 verres
Verres unifocaux complexes (6)	+ 75 € par verre limité à 2 verres
Verres multifocaux ou progressifs simples (7)	+ 90 € par verre limité à 2 verres
Verres multifocaux ou progressifs complexes (8)	+ 85 € par verre limité à 2 verres
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit augmenté de + 90 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit augmenté de + 90 € par année civile
Cure thermale (remboursée par la sécurité sociale)	
Honoraires et frais de traitement	Néant
Frais de voyage et d'hébergement	+ 200 € limité à une intervention par année civile
Maternité (9)	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (dans la limite des frais réels restants à charge)	+ 200 €
Médecines douces (non remboursées par la sécurité sociale) : Pack Bien-être	
Pack Bien-être : acupuncture, chiropractie et ostéopathie, étio-pathie, diététique, psychologie (10)	+ 31 € par séance limité à 4 séances par année civile
Sevrage tabagique prescrit, moyens contraceptifs prescrits, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	Crédit annuel de + 100 € par année civile
Éléments de solidarité professionnelle	
Les salariés relevant de la législation « accident du travail/ maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.	
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.	
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.	
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 2)	
Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.	
Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.	
Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.	
La 1re année : la cotisation appelée est égale à la cotisation applicable aux salariés actifs.	
À compter de la 2e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des	

salariés actifs (tarif viager).

Définitions :

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

FR : frais réels.

(*) Dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

(**) DPTM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :

– CAS (contrat d'accès aux soins) ;

– OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;

– OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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

(2) Y compris déplacements et majorations (nuit/ jour férié).

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(5) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 – 22 42457 – 22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412.

(6) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 97441 – 22 43304 – 22 91088 – 22 73854 – 22 48320 – 22 83953 – 22 19381 – 22 38941 – 22 68385 – 22 45036 – 22 06800 – 22 82793 – 22 63459 – 22 80660 – 22 65330 – 22 35776 – 22 95896 – 22 84527 – 22 54868 – 22 12976 – 22 52668 – 22 88519 – 22 99523.

(7) Verres multifocaux ou progressifs simples : 22 59245 – 22 64045 – 22 40671 – 22 82221 – 22 90396 – 22 91183 – 22 27038 – 22 99180.

(8) Verres multifocaux ou progressifs complexes : 22 38792 – 22 02452 – 22 34239 – 22 59660 – 22 45384 – 22 95198 – 22 02239 – 22 52042.

(9) Le forfait maternité est versé en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né). Son montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Le forfait maternité du participant peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

(10) Le praticien doit être inscrit auprès d'une association agréée.

Garanties du régime surcomplémentaire
Option 3

Postes	Prestations complémentaires à la sécurité sociale et au régime de base conventionnel (*)
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité	
Frais de séjour	+ 300 % de la BR
Honoraires : actes de chirurgie (ADC)	+ 300 % de la BR pour médecins adhérents au DPTM (**)
Actes d'anesthésie (ADA), autres honoraires	Néant pour médecins non adhérents au DPTM (**)
Chambre particulière (1)	+ 30 € par jour
Forfait hospitalier engagé	Néant
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans sur présentation d'un justificatif)	+ 25 € par jour
Transport (accepté par la sécurité sociale)	Néant
Actes médicaux	
Consultation et visite de généraliste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 255 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): + 25 % de la BR
Consultation et visite de spécialiste (2)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 250 % de la BR Médecin non adhérent au DPTM (**): néant
Actes de chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)	Médecin adhérent au DPTM (**): + 250 % de la BR

	Médecin non adhérent au DPTM (**) : néant
Actes d'imagerie médicale (ADI)	Néant
Actes d'échographie (ADE)	
Kinésithérapeutes	Néant
Autres auxiliaires médicaux	Néant
Analyses, actes de biologie et prélèvements	Néant
Actes médicaux non remboursés par la sécurité sociale	
Chirurgie réfractive dont kératotomie (correction de la myopie par laser)	Crédit de + 450 € par œil et par année civile
Densitométrie	Crédit de 300 € limité à une intervention par année civile
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale	
Pharmacie	Néant
Dentaire (remboursé par la sécurité sociale)	
Soins dentaires (hors inlay et onlay)	Néant
Inlay simple et onlay	+ 175 % de la BR
Inlay core et inlay core à clavettes	+ 175 % de la BR
Prothèses dentaires	+ 175 % de la BR
Orthodontie	+ 280 % de la BR
Dentaire (non remboursé par la sécurité sociale)	
Prothèses dentaires (3)	+ 245 % de la BR
Orthodontie	+ 350 % de la BR
Implants dentaires (4)	Crédit de + 750 € par année civile
Parodontologie	Crédit de + 100 € par année civile
Prothèses non dentaires (acceptées par la sécurité sociale)	
Accessoires et entretiens sur prothèses auditives	Néant
Prothèses auditives hors accessoires et entretien	+ 700 € pour la 1 ^{re} prothèse de l'année civile et 100 % de la BR + crédit de 1 800 € pour la seconde prothèse de l'année civile
Orthopédie et autres prothèses	Crédit de + 400 € par année civile
Optique (par bénéficiaire)	
<p>Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les mineurs et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement (sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée (*)).</p> <p>Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique.</p> <p>(*) La période de renouvellement de l'équipement pour les adultes est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale</p>	

comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'art. R. 165-1 du code de la sécurité sociale. La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assureur.	
Monture	+ 10 €
Verres unifocaux simples (5)	+ 65 € par verre limité à 2 verres
Verres unifocaux complexes (6)	+ 135 € par verre limité à 2 verres
Verres multifocaux ou progressifs simples (7)	+ 110 € par verre limité à 2 verres
Verres multifocaux ou progressifs complexes (8)	+ 85 € par verre limité à 2 verres
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	Crédit augmenté de + 140 € par année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale (y compris lentilles jetables)	Crédit augmenté de + 140 € par année civile
Cure thermale (remboursée par la sécurité sociale)	
Honoraires et frais de traitement	Néant
Frais de voyage et d'hébergement	+ 200 € limité à une intervention par année civile
Maternité (9)	
Naissance ou adoption d'un enfant déclaré (dans la limite des frais réels restants à charge)	+ 300 €
Médecines douces (non remboursées par la sécurité sociale) : pack Bien-être	
Pack Bien-être : acupuncture, chiropractie et ostéopathie, étio-pathie, diététique, psychologie (10)	+ 50 € par séance limité à 4 séances par année civile
Sevrage tabagique prescrit, moyens contraceptifs prescrits, vaccin contre la grippe, vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	Crédit annuel de + 150 € par année civile
Éléments de solidarité professionnelle	
Les salariés relevant de la législation « accident du travail/ maladies professionnelles » du régime de base de la sécurité sociale bénéficient de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois à partir de 6 mois d'arrêt de travail.	
En cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit (conjoint, concubin, enfants à charge) bénéficient du maintien des garanties frais de santé et de la gratuité de la cotisation pendant 12 mois.	
Portabilité : les droits à portabilité des salariés sont maintenus en cas de défaillance économique d'une entreprise (cas de liquidation judiciaire) du fait de la mutualisation professionnelle.	
Maintien de la couverture collective facultative des anciens salariés (régime surcomplémentaire : option 3)	
Retraités justifiant de leur dernier emploi au sein d'une entreprise de la branche.	
Anciens salariés bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'incapacité ou d'une rente invalidité, telles que définies au chapitre VIII « Prévoyance » de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers.	
Anciens salariés privés d'emploi et dont la situation ouvre droit à des allocations de remplacement par le régime d'assurance chômage.	
La 1re année : la cotisation appelée est égale à la cotisation applicable aux salariés actifs.	

À compter de la 2e année : la cotisation appelée est égale à 125 % de la cotisation des salariés actifs (tarif viager).

Définitions :

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

FR : frais réels

(*) Dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

(**) DPTM : dispositif de pratique tarifaire maîtrisée :

– CAS (contrat d'accès aux soins) ;

– OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ;

– OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

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

(2) Y compris déplacements et majorations (nuit/ jour férié).

(3) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants :

– couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel ;

– prothèses supra implantaires : HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171 ;

– bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel.

(4) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).

(5) Verres unifocaux simples : LPP 22 61874 – 22 42457 – 22 00393 – 22 70413 – 22 03240 – 22 87916 – 22 59966 – 22 26412.

(6) Verres unifocaux complexes : LPP 22 43540 – 22 97441 – 22 43304 – 22 91088 – 22 73854 – 22 48320 – 22 83953 – 22 19381 – 22 38941 – 22 68385 – 22 45036 – 22 06800 – 22 82793 – 22 63459 – 22 80660 – 22 65330 – 22 35776 – 22 95896 – 22 84527 – 22 54868 – 22 12976 – 22 52668 – 22 88519 – 22 99523.

(7) Verres multifocaux ou progressifs simples : 22 59245 – 22 64045 – 22 40671 – 22

82221 – 22 90396 – 22 91183 – 22 27038 – 22 99180.

(8) Verres multifocaux ou progressifs complexes : 22 38792 – 22 02452 – 22 34239 – 22 59660 – 22 45384 – 22 95198 – 22 02239 – 22 52042.

(9) Le forfait maternité est versé en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né). Son montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Le forfait maternité du participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur. Le forfait maternité du participant peut être octroyé par période de 300 jours, à l'exception des naissances gémellaires ou de l'adoption. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait maternité et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

(10) Le praticien doit être inscrit auprès d'une association agréée.

Article 11

L'article 6 « Règlement des prestations », l'article 7 « Tiers payant », l'article 8 « Limites des garanties. – Exclusions » et l'article 15 « Recours contre les tiers responsables » de l'avenant n° 84 du 28 avril 2008 à la convention collective nationale du commerce de détail des fruits et légumes, épicerie et produits sont supprimés.

Article 12

Le présent avenant sera déposé aux services du ministère en vue de son extension. Il prendra effet à compter du premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel.