

**Avenant n°3 du 29 novembre 2022  
portant modification de l'accord du 06  
novembre 2015 relatif à la mise en place d'un  
régime conventionnel frais de santé dans le  
cadre de la CCNS**

**PREAMBULE :**

Le présent avenant a pour objet la modification des garanties du régime conventionnel frais de santé de la branche Sport.

Les dispositions du présent avenant s'incorporent à l'accord relatif à la mise en place d'un régime conventionnel frais de santé dans le cadre de la CCNS du 6 novembre 2015 ainsi qu'à ses avenants.

Les partenaires sociaux de la branche ont convenu ce qui suit :

**ARTICLE 1ER :**

**Modification de l'annexe 1 « Régime conventionnel frais de santé »**

L'annexe 1 de l'accord du 6 novembre 2015 détaillant les prestations du régime conventionnel obligatoire est remplacée par l'annexe figurant au présent avenant.

**ARTICLE 2 :**






Le présent avenant s'applique à l'ensemble des entreprises couvertes par la Convention Collective Nationale du Sport (après extension pour les entreprises non adhérentes à l'une des organisations patronales signataires). Les parties signataires n'ont pas retenu de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés en ce que le présent avenant vise à modifier le régime collectif frais de santé dont doit bénéficier l'ensemble des salariés relevant de la branche et ce quel que soit l'effectif de leur entreprise.

## **ARTICLE 3 :**

Le présent avenant prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2023. Il se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année suivante.

Le présent avenant fera l'objet d'un dépôt auprès de la Direction Générale du Travail, ainsi que d'une demande d'extension.

**Suivent les signatures des organisations ci-après :**




<b>CFDT :</b> 	<b>CGT :</b> 	<b>FNASS :</b> 
<b>AESL :</b> 	<b>COSMOS :</b> 	

**ANNEXE 1 : TABLEAU DE GARANTIES**

Le tableau des garanties ci-dessous couvre l'ensemble des garanties du contrat responsable y compris les dernières évolutions réglementaires (psychologues, télésurveillance médicale...).

## VOTRE GRILLE DE GARANTIES

	Régime conventionnel	Régimes négociés	
	Base (R1) (Sécurité sociale incluse)	Option 1 (R2) (Base incluse)	Option 2 (R3) (Base incluse)
<b>HOSPITALISATION – MÉDICALE ET CHIRURGICALE</b>			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour	130% BR	150% BR	180% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	190% BR	200% BR
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	150% BR	180% BR
Forfait hospitalier et psychiatrique, y compris forfait patient urgence (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait	100% du forfait	100% forfait
Chambre particulière limité à 30 jours (hors ambulatoire)	-	30€/j	40€/j
Lit accompagnant (pour enfant jusqu'à 12 ans)	-	30€/j	40€/j
Transport pris en charge par la S.S <sup>(9)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>SOINS MÉDICAUX COURANTS</b>			
Visites, Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	130% BR	130% BR
Visites, Consultations Généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	100% BR	100% BR
Visites, Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Visites, Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	120% BR	130% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux OPTAM	150% BR	175% BR	200% BR
Actes de chirurgie et techniques médicaux non OPTAM	120% BR	130% BR	180% BR
<b>PHARMACIE</b>			
(SMR majeur/important, modéré, faible)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>OPTIQUE</b>			
Equipement 100% santé			
Equipement de classe A (monture+verres) y compris prestations d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents et/ou suppléments pour verres avec filtres	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale, dans la limite des PLV		
Equipement libres Réseau partenaire (dont maximum 100€ pour la monture) :			
Equipement avec 2 verres simples	150 €	160 €	210 €
Equipement avec 2 verres complexes	285 €	330 €	420 €
Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	230 €	240 €	320 €
Equipement libre Hors réseau (dont maximum 100€ pour la monture) :			
Equipement avec 2 verres simples	120 €	120 €	140 €
Equipement avec 2 verres complexes	220 €	220 €	250 €
Equipement avec 1 verre simplet et 1 verre complexe	170 €	170 €	180 €
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteurs après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B	100% BR dans la limite des PLV		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséïconiques)	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles prises en charge ou non par la S.S ou jetable	BR + 70 €/ an	BR + 150 €/ an	BR + 200 €/ an
<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% Santé			
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF		
Panier maîtrisé			
Inlay-Onlay	160% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF	200% BR dans la limite des HLF
Soins et Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	175% BR	200% BR	270% BR
Panier libre			
Prothèses dentaires prises en charge par la S.S	175% BR	200% BR	270% BR

 <b>DENTAIRE</b>			
Autres actes dentaires			
Orthodontie prise en charge par la S.S	160% BR	200% BR	270% BR
 <b>AIDE AUDITIVE</b>			
Equipement 100% Santé (équipement de classe I)			
Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans			
Aides auditives remboursées par la S.S.	RSS + 100% des frais restant à charge du bénéficiaire après intervention de la S.S dans la limite des HLF		
Equipement libre (équipement de classe II)			
Acquisition d'une aide auditive par oreille, par période de 4 ans dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable			
Aides auditives prises en charge par la S.S	130% BR	160% BR	220% BR
Piles remboursées par la S.S	100% BR	100% BR	100% BR
 <b>PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES<sup>(2)</sup></b>			
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	oui	oui	oui
Ostéopathie	25€/an limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 2 séances par an et par bénéficiaire	25€/an limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Ergothérapeutes et psychomotriciens (pour les enfants tels que définis dans les conditions générales)	50 € / séance limité à 3 séances / an	50 € / séance limité à 3 séances / an	50 € / séance limité à 3 séances / an
Orthopédie et autres prothèses prises en charge par la S.S	130% BR	160% BR	220% BR

<sup>(1)</sup> ambulance ou taxi conventionné, hors SMUR.

<sup>(2)</sup> Professionnels de santé réglementés : praticien justifiant d'un numéro ADEL. Professionnels de santé non réglementés : praticien inscrit à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif) de son aptitude professionnelle.

**Les équipements 100% Santé et les prestations supplémentaires y afférentes sont ceux définis réglementairement.**

**Les équipements libre ou relevant du panier maîtrisé sont tels que définis réglementairement**

**Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur.** Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations

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 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 (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme

d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme

d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale

de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour

le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour l

es 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 et sous réserve

d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - **FR** : Frais Réels - **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée

aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - **S.S.** : Sécurité sociale - **TM** : Ticket Modérateur.