



Avenant n° 10 du 3 octobre 2023 à l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé dans la branche des commerces de détail non alimentaires (IDCC 1517)

(Étendu par [arrêté ministériel du 12 mars 2024](#) publié au JORF du 3 avril 2024.
Entré en vigueur le 1^{er} mai 2024 pour une durée indéterminée.)

Préambule

Les organisations représentatives dans le champ d'application de la convention collective nationale des commerces de détail non alimentaires (IDCC 1517), réunies le 5 septembre 2023 dans le cadre de la commission paritaire de suivi (CPS) des régimes complémentaires santé et prévoyance, ont décidé d'améliorer les garanties du poste optique figurant en annexe 1 de l'accord du 22 juin 2015 mettant en place un régime complémentaire santé.

Les partenaires sociaux ont donc décidé de fixer les garanties optique (« Autres Équipements – Forfait pour deux verres et une monture ») du régime de base comme suit :

(en €)	Base
Montures	100 €
Verres simples	60% BR + 60 €
Verres complexes	60% BR + 145 €
Verres très complexes	60% BR + 160 €

Les partenaires sociaux ont également convenu de substituer intégralement au tableau des garanties actuellement en vigueur le tableau figurant en annexe du présent avenant, afin de prendre en compte les évolutions réglementaires récentes.

Article 1^{er}. Révision du tableau des garanties

Le tableau des garanties Frais de santé figurant en annexe 1 de l'accord du 22 juin 2015, tel qu'il résulte de l'avenant n° 7 du 9 juillet 2020 et de l'avenant n° 9 du 13 novembre 2020, est remplacé par le

tableau joint en annexe 1 au présent avenant. Les garanties figurant dans ce tableau entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Article 2. Dispositions particulières pour les TPE

Les parties signataires du présent avenant considèrent qu'il n'y a pas de spécificités d'application dudit avenant aux entreprises en fonction de leur taille. Étant précisé que la majorité des entreprises concernées par le présent accord a un effectif inférieur à 50 salariés.

Pour cette raison, aucune stipulation particulière n'a été prise pour les entreprises de moins de 50 salariés visées à l'article L. 2261-23-1 du code du travail.

Article 3. Durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et s'appliquera le 1^{er} jour du mois qui suivra la publication de son arrêté d'extension au Journal officiel de la République française.

Article 4. Révision et dénonciation

Le présent avenant pourra être dénoncé conformément aux dispositions de l'article 6 du chapitre XIV de la convention collective nationale¹.

Il pourra, également, être révisé conformément aux dispositions de l'article 5 du chapitre XIV de la convention collective nationale et conformément aux dispositions légales².

Article 5. Mesures de publicité et de dépôt

À l'issue de la procédure de signature, le texte du présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives conformément à l'article L. 2231-5 du code du travail.

Le texte du présent avenant sera ensuite déposé en autant d'exemplaires que nécessaire dont une version sur support électronique auprès des services du ministre chargé du travail et au greffe du conseil de prud'hommes de Paris, conformément aux articles L. 2231-6, D. 2231-2, D. 2231-3, D. 2231-7 du code du travail.

Article 6. Extension

L'extension du présent avenant sera demandée à l'initiative de la partie la plus diligente, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-24 du code du travail.

Fait à Paris, le 3 octobre 2023.

¹ « Le 1^{er} alinéa de l'article 4 est étendu sous réserve du respect du dernier alinéa de l'article L. 2261-10 du code du travail relatif aux modalités de dénonciation d'une convention ou d'un accord. » (Arrêté d'extension du 12 mars 2024. – Art. 1.)

² « Le dernier alinéa de l'article 4 est étendu sous réserve du respect des dispositions de l'article L. 2261-7 du code du travail relatif aux modalités de révision d'une convention ou d'un accord. » (Arrêté d'extension du 12 mars 2024. – Art. 1.)

Signataires :

Pour les organisations patronales : Le syndicat professionnel CDNA.

Pour les organisations salariales : Fédération des Syndicats CFTC Commerce, Services et Force de Vente ; Fédération des Services CFDT.





**Annexe 1. Tableau des garanties Frais de santé – CCN CDNA (IDCC 1517° –
Ensemble du personnel – Garanties applicables au 1^{er} janvier 2024**


NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE +OPTION 1	BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux			
Consultations, visites et téléconsultations généralistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	130 % BR	140 % BR	150 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	110 % BR	120 % BR	130 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	150 % BR	160 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	130 % BR	140 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie :			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	120 % BR	140 % BR
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires paramédicaux			
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologues pris en charge par la SS (10)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments			
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie remboursée à 15 %	—	—	100 % BR
Autres soins courants			
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE +OPTION 1	BASE + OPTION 2
Matériel médical			
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	300 % BR	400 % BR	500 % BR
HOSPITALISATION			
Honoraires y compris maternité			
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	140 % BR	200 % BR	300 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO (1)	120 % BR	180 % BR	200 % BR
Praticiens non conventionnés (2)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour en établissement conventionné	130 % BR	160 % BR	200 % BR
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Forfait Patient Urgences**	100 % FR*	100 % FR*	100 % FR*
Chambre particulière y compris maternité	1 % PMSS/J	2,5 % PMSS/J	4 % PMSS/J
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours/an (3)	1 % PMSS/J	2 % PMSS/J	2 % PMSS/J

* limité au forfait règlementaire en vigueur.

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

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE +OPTION 1	BASE + OPTION 2
OPTIQUE (4)			
Devis obligatoire. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera limité au minimum du panier de soins.			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres Équipements – Forfait pour deux verres et une monture			
Verres et monture de CLASSE B, y compris suppléments optiques – exemple : prisme, appairage			
Monture (5)	100 €	100 €	100 €
Forfait Verre à simple foyer (5) (verre unifocal), par verre	60 % BR + 60 €	60 % BR + 100 €	160 €
Forfait Verre complexe (5) (verre unifocal à forte correction, verre progressif ou multifocal), par verre	60 % BR + 145 €	60 % BR + 200 €	300 €
Forfait Verre très complexe (5) (verre multifocal et progressif à forte correction), par verre	60 % BR + 160 €	60 % BR + 275 €	350 €
Frais adaptation	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres dispositifs de correction optique			
Lentilles prises en charge par la SS (3) (6)	100 % BR + 100 €/A/B	100 % BR + 150 €/A/B	100 % BR + 200 €/A/B
Chirurgie réfractive (3)	300 €/A/B	600 €/A/B	1 000 €/A/B
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Soins			
Soins du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlays du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	120 % BR	120 % BR	200 % BR
Prothèses			
Prothèses fixes ou appareils dentaires pris en charge par la SS du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Inlay-Core du panier modéré dans la limite du HLF et du panier libre	185 % BR	330 % BR	400 % BR
Prothèses non prises en charge par la SS (3)	200 €/A/B	325 €/A/B	400 €/A/B
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la SS	140 % BR	275 % BR	350 % BR
Orthodontie non prise en charge par la SS (3)	200 €/A/B	400 €/A/B	500 €/A/B
Parodontologie non prise en charge par la SS (3)	55 €/A/B	110 €/A/B	150 €/A/B
Forfait Implantologie (3)	165 €/A/B	330 €/A/B	400 €/A/B

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale		
	BASE	BASE +OPTION 1	BASE + OPTION 2
AIDES AUDITIVES (7) Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé		
Autres équipements			
Équipement de CLASSE II (8)			
Appareil auditif/oreille	550 €/oreille	850 €/oreille	1 000 €/oreille
Autres dispositifs auditifs			
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PRÉVENTION			
Kit confort (3) (9) :			
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	30 € par séance Maxi 2 séances /A/B	40 € par séance Maxi 3 séances /A/B	40 € par séance Maxi 4 séances /A/B
MATERNITÉ/CONTRACEPTION			
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	—	200 €/enfant	300 €/enfant
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS (3)	100 €/A/B	100 €/A/B	150 €/A/B

BR : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **SS** : Sécurité Sociale | **€** : euros | **A** : An | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour

HLF : Honoraire Limite de Facturation

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Forfait en € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(4) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont 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 :

- **Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans,
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an,

- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, 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 s'applique

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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit 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 minimal de renouvellement 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 minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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. 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.

(5) 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.

Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

Autres Équipements : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(6) Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(8) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

(9) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. La limite du nombre de séances est commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

(10) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans.