Prévoyance & frais de santé

Présentation des nouvelles garanties et des organismes assureurs recommandés

26 Septembre 2025

Sommaire

1 Rappels préliminaires

2 Historique des négociations

3 Présentation des nouvelles garanties : frais de santé

4 Présentation des nouvelles garanties : prévoyance

5 Présentation action sociale liées aux rentes versées par l'OCIRP

1

Rappels préliminaires

Le régime complémentaire santé



Pourquoi une complémentaire ?

La Sécurité sociale ne remboursant pas l'intégralité des frais de santé, **les employeurs ont l'obligation** depuis 2016 **de proposer aux salariés une complémentaire santé collective** (ou "mutuelle" d'entreprise) qui **intervient, en complément des versements de la sécurité sociale,** pour le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation (ex : dépenses optiques, dépenses dentaires, etc.).

Historique

La complémentaire santé a été mise en place dans la branche des ACI pour la première fois **par l'accord du 15 septembre 2015** relatif au régime de remboursement de frais de santé.

Le régime a fait l'objet de **plusieurs avenants** pour prendre en compte les **évolutions légales**. Ceux-ci sont tous disponibles via Légifrance. Vous pouvez également consulter la CCN des ACI dans sa version annotée et compilée sur notre site internet.

Cadre juridique jusqu'au 31 décembre 2025

Après une procédure de mise en concurrence des organismes en 2020, 3 assureurs avaient été recommandés pour la période 2021 - 2025 :

- Groupe AESIO (union mutualiste dont ADREA mutuelle, APREVA mutuelle et EOVI-MCD mutuelle sont membres) ;
- Malakoff Humanis prévoyance ;
- Harmonie mutuelle, Groupe Vyv (Harmonie ayant confié l'interlocution commerciale au groupe Vyv).

Aesio est sorti de la recommandation le 1er janvier 2023.

La recommandation, prévue pour une durée de 5 ans, prend fin au 31 décembre 2025.

Article 4 "Recommandation" de l'avenant n°5 du 16/11/2020 à l'accord du 15/09/2015 relatif au régime de remboursement des frais de santé

Le régime prévoyance



Pourquoi une prévoyance ?

La prévoyance est un système de protection sociale qui permet une aide financière **pour les risques liés aux aléas de la vie**. Les garanties concernées sont différentes par rapport aux frais de santé.

En-dehors de la branche, ce dispositif (contrairement aux frais de santé) est facultatif pour les non-cadres (pour les cadres, l'ANI impose une couverture en matière de décès). Toutefois, **la branche a décidé de le mettre en place et de le rendre obligatoire pour l'ensemble des salariés**.

Historique

La prévoyance a été mise en place dans la branche des ACI pour la première fois **en 2010**.

Le régime a fait l'objet de plusieurs avenants **pour prendre en compte les évolutions légales** et **s'adapter à l'évolution des comptes financiers**.

Cadre juridique jusqu'au 31 décembre 2025

Le Titre IX de la CCN des ACI et les avenants successifs définissent le régime actuel applicable.

Les organismes assureurs qui interviennent au sein du régime **jusqu'au 31 décembre 2025** sont :

- L'union nationale de la prévoyance de la mutualité française (= **Mutex** soit le **groupe Vyv**) pour les garanties ITT, IPP, invalidité et décès (prestation en capital) ;
- Médéric Prévoyance (soit **Malakoff Humanis**) pour les garanties ITT, IPP, invalidité et décès (prestation en capital) ;
- L'**OCIRP** pour assurer la mutualisation des garanties rente éducation et rente de conjoint.

Les partenaires sociaux ont désigné **Harmonie Mutuelle ESS** (ex Chorum) pour la gestion de l'ensemble du régime.

Note : Avant 2013, il s'agissait d'une désignation mais elle a pris fin avec la décision du Conseil constitutionnel interdisant aux branches de faire des désignations. Toutefois, la branche a continué de travailler avec ces organismes en raison des résultats très positifs des comptes prévoyance.

La recommandation

Qu'entend-on par recommandation ?

La recommandation consiste à préconiser un ou plusieurs organismes assureurs au sein d'une branche professionnelle.

La recommandation est conditionnée par **la poursuite d'un degré élevé de solidarité**. Les structures doivent être vigilantes quant à l'évolution des contenus et obligations figurant dans les accords de branche dont elles relèvent.

Les accords de branche qui respectent ces conditions prévalent sur les accords d'entreprise, **les employeurs ne peuvent donc y déroger sauf à prévoir des garanties au moins équivalentes**.

Depuis la décision n°2013-672 du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, déclarant illégale la désignation d'un organisme assureur au sein d'un accord de branche, et la modification de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale qui en est résultée, il ne subsiste que le mécanisme de la recommandation.

Dans le cadre de la branche professionnelle, le choix de l'organisme recommandé doit s'effectuer selon une procédure de mise en concurrence.

L'organisme choisi est alors recommandé pour une durée de 5 ans maximum.

Cette procédure doit être applicable à chaque nouvelle recommandation ou renouvellement.



A quoi sert la recommandation de l'organisme assureur ?

La recommandation permet de mutualiser les risques liés aux frais de santé ou à la prévoyance et bénéficie théoriquement de garanties plus favorables en matière de prestations et d'un tarif plus avantageux. **L'employeur d'une branche professionnelle qui décide de s'assurer auprès de l'organisme recommandé par la branche, est certain que le panier de garanties inscrit dans l'accord sera respecté car l'organisme assureur est tenu légalement de le faire.**

2

Historique des négociations

2. Historique des négociations

En prévision du 31 décembre 2025, un appel d'offres a été lancé le 10 janvier 2025 pour le renouvellement de la recommandation. Deux organismes assureurs se sont portés candidats : Malakoff Humanis et Harmonie Mutuelle.

Le 8 avril 2025, après la date limite de réception des candidatures, notre partenaire Arra Conseil a restitué à la CPNP-FS les réponses des organismes assureurs s'étant portés candidats.

Après les auditions ayant eu lieu le 15 avril 2025, la CPPNI a décidé de recommander en frais de santé Harmonie Mutuelle et en prévoyance Harmonie Mutuelle/Mutex et l'Ocirp.

Ces recommandations seront transcrites sous la forme d'un accord collectif

Avec ces deux organismes assureurs, des échanges pour définir les modalités de la recommandation finale permettent désormais aux organisations syndicales et au SyNESI de négocier les frais et garanties de la nouvelle recommandation.

Organismes recommandés

Prévoyance

Harmonie Mutuelle/Mutex

+

Ocirp

Frais de santé

Harmonie Mutuelle

Les recommandations prennent effet à partir du 1er janvier 2026 et cesseront au 31 décembre 2030

Les garanties valent jusqu'au 31 décembre 2030 sauf dans l'hypothèse d'une renégociation

Maintien des cotisations pendant 2 ans (31/12/2027). Taux d'appel à 95% en 2026 et 97,5% en 2027.

3

Présentation des nouvelles garanties

Frais de santé

3.1

Cotisations et garanties

3. Présentation des nouvelles garanties

3.1.1. Frais de santé - Cotisations

REGIME GENERAL											
Régime souscrit par l'entreprise	**ACTIFS** (Taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)		**SALARIÉ**					**FACULTATIF**			
								CONJOINT		**ENFANT** (gratuité à partir du 3ème enfant)	
			Taux contractuel	**Part employeur + salariée**	**Part employeur**	**Part salariée**	**Taux d'appel 2026**	**Taux contractuel**	**Taux d'appel 2026**	**Taux contractuel**	**Taux d'appel 2026**
FORMULE BASE 1	**Obligatoire salarié**	**Base 1 (= contrat obligatoire)**	**1,29%**	**50,63€**	**25,32€**	**25,32€**	**1,23%**				
	Extension ayants-droit	Base 1						1,45%	1,38%	0,89%	0,85%
	Facultatif salarié	+ Base 2				+ 0,31% = 12,17€		+ 0,34%		+ 0,16%	
		+ Base 3				+ 0,71% = 27,87€		+ 0,65%		+ 0,31%	
FORMULE BASE 2	**Obligatoire salarié**	**Base 2 (= contrat obligatoire)**	**1,57%**	**61,62€**	**30,81€**	**30,81€**	**1,51%**				
	Extension ayants-droit	Base 2						1,76%	1,69%	1,04%	1,00%
	Facultatif salarié	+ Base 3				+ 0,40% = 15,7€		+ 0,50%		+ 0,21%	
FORMULE BASE 3	**Obligatoire salarié**	**Base 3 (= contrat obligatoire)**	**1,89%**	**74,18€**	**37,09€**	**37,09€**	**1,83%**				
	Extension ayants-droit	Base 3						2,16%	2,09%	1,20%	1,16%

La cotisation est prise en charge à 50% par l'employeur et à 50% par le salarié

Le PMSS 2025 est de 3925€, il évoluera au 1er janvier 2026

3. Présentation des nouvelles garanties

3.1.1. Frais de santé - Cotisations

RÉGIME LOCAL

Régime souscrit par l'entreprise	ACTIFS (Taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)		SALARIÉ					FACULTATIF			
								CONJOINT		ENFANT (gratuité à partir du 3ème enfant)	
			Taux contractuel	Part employeur + salariée	Part employeur	Part salariée	Taux d'appel 2026	Taux contractuel	Taux d'appel 2026	Taux contractuel	Taux d'appel 2026
FORMULE BASE 1	**Obligatoire salarié**	**Base 1 (= contrat obligatoire)**	**0,91%**	**35,72€**	**17,86€**	**17,86€**	**0,86%**				
	Extension ayants-droit	Base 1						1,02%	0,97%	0,58%	0,55%
	Facultatif salarié	+ Base 2				+ 0,31% = 12,17€		+ 0,34%		+ 0,16%	
		+ Base 3				+ 0,71% = 27,87€		+ 0,83%		+ 0,38%	
FORMULE BASE 2	**Obligatoire salarié**	**Base 2 (= contrat obligatoire)**	**1,19%**	**46,71€**	**23,35€**	**23,35€**	**1,14%**				
	Extension ayants-droit	Base 2						1,33%	1,28%	0,73%	0,70%
	Facultatif salarié	+ Base 3				+ 0,40% = 15,7€		+ 0,50%		+ 0,21%	
FORMULE BASE 3	**Obligatoire salarié**	**Base 3 (= contrat obligatoire)**	**1,51%**	**59,27€**	**29,63€**	**29,63€**	**1,46%**				
	Extension ayants-droit	Base 3						1,73%	1,68%	0,89%	0,86%

La cotisation est prise en charge à 50% par l'employeur et à 50% par le salarié

Le PMSS 2025 est de 3925€, il évoluera au 1er janvier 2026

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Hospitalisation

PRESTATIONS	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO* dès lors qu'elle intervient				
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique)				
Honoraires, actes et soins				
Médecins signataires DPTM*	120% BR	125% BR	150% BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, actes techniques médicaux et autres actes pratiqués en hospitalisation.
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Séjours				
Frais de séjour	100% BR	125% BR	150% BR	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des établissements médico-sociaux (EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, maisons de retraite, MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
Chambre particulière	Néant	0,75% PMSS* par jour	1,25% PMSS par jour	En secteur conventionné. Prise en charge de la chambre particulière avec ou sans nuitée (=ambulatoire).
Lit d'accompagnant	Néant	0,75% PMSS par jour	1,25% PMSS par jour	En secteur conventionné. Forfait par nuitée pour l'accompagnant d'un assuré de moins de 14 ans ou de 70 ans et plus.
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Soins courants

Prestation	Base 1	Base 2	Base 3	Précisions
Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient				
SOINS COURANT				
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Généralistes				
Médecins signataires DPTM	120% BR	120% BR	120% BR	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	100% BR	100% BR	
Honoraires médicaux : Consultations et visites des Médecins Spécialistes				
Médecins signataires DPTM	150% BR	170% BR	200% BR	
Médecins non signataires DPTM	130% BR	150% BR	180% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE)				
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Soins courants

Prestation	Base 1	Base 2	Base 3	Précisions
Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient				
SOINS COURANT (suite)				
Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)				
Médecins signataires DPTM	120% BR	125% BR	150% BR	
Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	100% BR	100% BR	125% BR	
Analyses et examens de laboratoire				
Remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	125% BR	
Médicaments				
Médicaments à service médical rendu important*	100% BR	100% BR	100% BR	
Médicaments à service médical rendu modéré*	100% BR	100% BR	100% BR	
Médicaments à service médical rendu faible*	15% BR	100% BR	100% BR	

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Matériel médical

Prestation	Base 1	Base 2	Base 3	Précisions
Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient				
Matériel médical				
Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	100% BR	125% BR	150% BR	
Prothèse capillaire				
• Classe 1	350€	350€	350€	
• Classe 2	250€	350€	450€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
• Hors classe	0€	100€	200€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO	Néant	Néant	20€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Transports prescrits et remboursé par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (Service médical d'urgence régionale)
Participation du patient	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieures à 120€

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Dentaire

Dentaire				
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) - Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				**Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.**
Panier 100% santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Actes soumis à des honoraires limites de facturation (HLF*)
Panier à honoraires maîtrisés et panier à honoraires libres - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Soins, actes et consultations	100% BR	100% BR	100% BR	Panier à honoraires maîtrisés soumis à des honoraires limites de facturation
Inlays-onlays	125% BR	150% BR	175% BR	
Inlays-core	125% BR	125% BR	150% BR	
Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires	150% BR	225% BR	300% BR	
Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants et bridges) sur dents non visibles : molaires	125% BR	175% BR	250% BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
Parodontologie	200€	300€	400€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Implantologie	200€	300€	400€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Orthodontie remboursée par l'AMO	150% BR	200% BR	250% BR	Par semestre de traitement et par bénéficiaire

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Optique

Prestation	Base 1	Base 2	Base 3	Précisions
Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient				
Optique				
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). 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. · **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, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Prise en charge de la monture dans la limite de 100 €.				
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) - Classe A - Soumis à des prix limites de vente (PLV*)				**Le professionnel de santé a l'obligation de proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis**
Monture	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Verres (tous types de correction)				
Prestations d'appairage				Prestations appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)				

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Optique

Prestation	Base 1	Base 2	Base 3	Précisions
Optique (suite)				
Equipement hors 100% santé (verres et/ou monture) - Classe B - Tarifs libres				
Monture	90€	100€	100€	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur
Verre simple	Voir grille optique base 1	Voir grille optique base 2	Voir grille optique base 3	
Verre complexe				
Verre très complexe				
Prestation d'adaptation verres de classe B	100% BR	100% BR	100% BR	
Autres suppléments pour verres de classe B (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestation d'adaptation)	100% BR	100% BR	100% BR	
Lentilles				
Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	100€	150€	200€	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Après épuisement du forfait, les lentilles remboursées sont prises en charge à hauteur de 100% BR (remboursement total : AMO + AMC) Sur prescription médicale. Y compris les lentilles jetables
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	250€	500€	Forfait par année civile, par oeil et par bénéficiaire

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Aides auditives

Prestation	Base 1	Base 2	Base 3	Précisions
Aides auditives				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreile de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable				
Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) Classe 1 - Soumis à des prix limites de vente				**Le professionnel de santé à l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis**
Aides auditives	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Equipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres				
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou pour les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction)	121% BR	121% BR	121% BR	Remboursement plafonné à 1700€ TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
Aides auditives pour les plus de 20 ans	250% BR	425% BR	425% BR	
Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR	
Prévention, bien-être et services				
Actes de prévention	100% BR	100% BR	100% BR	Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable
Médecines douces : Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS – neurostimulation électrique transcutanée, Hypnose médicale, Etiopathie, Réflexologie, Sophrologie	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 4 par année civile)	40 € par séance (x 5 par année civile)	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite d'un nombre de séances déterminé par le niveau de garantie souscrit. Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée établie par le professionnel sous réserve qu'elle comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS et/ou le n° du Registre National des Etiopathes du professionnel concerné sauf pour la sophrologie et la réflexologie pour lesquelles cette référence n'est pas exigé. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
Cures thermales remboursées par l'AMO : soins, transport, hébergement	Néant	100% BR	100% BR	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, transport et hébergement
Assistance	OUI	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance

3. Présentation des nouvelles garanties

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Verres

Forfait par verre, y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur		Grille optique Base 1		Grille optique Base 2		Grille optique Base 3	
Verres simples		**Enfant**	**Adulte**	**Enfant**	**Adulte**	**Enfant**	**Adulte**
Verres unifocaux	Verre unifocal sphérique de - 6 à + 6	60€	80€	70€	90€	80€	100€
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -6 à 0	85€	90€	95€	100€	105€	110€
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 6	90€	110€	100€	120€	110€	130€
Verres complexes		**Enfant**	**Adulte**	**Enfant**	**Adulte**	**Enfant**	**Adulte**
Verres unifocaux	Verre unifocal sphérique, sphère < -6 ou > +6	85€	100€	95€	110€	105€	120€
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -6 à 0	90€	110€	100€	120€	110€	130€
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -6	100€	120€	110€	130€	120€	140€
	Verre unifocal sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 6	100€	120€	110€	130€	120€	140€
Verres multifocaux	Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de -4 à + 4	120€	150€	130€	160€	140€	170€
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≤ +4 et sphère de -8 à 0	130€	160€	140€	170€	150€	180€
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) ≤ 8	130€	160€	140€	170€	150€	180€
Verres très complexes		**Enfant**	**Adulte**	**Enfant**	**Adulte**	**Enfant**	**Adulte**
Verres multifocaux	Verre multifocal ou progressif sphérique, sphère de < -4 à ou > +4	120€	160€	130€	170€	140€	180€
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre > +4 et sphère de -8 à 0	120€	160€	130€	170€	140€	180€
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, cylindre ≥ +0,25 et sphère < -8	130€	170€	140€	180€	150€	190€
	Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère > 0 et S (sphère + cylindre) > 8	130€	170€	140€	180€	150€	190€

3.2.1. Frais de santé - Tableau des garanties - Abréviations et précisions

Abréviations	
AMO	Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire)
BR	Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.
BRR	Base de remboursement reconstituée
DPTM	Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM	(Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)
OPTAM-CO	(Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique)
FR	Frais réels
SMR	Service Médical Rendu : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé
HLF	Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PLV	Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire
PMSS	Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01/01/2026.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).

Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'ALD par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

3.2

Présentation des garanties

Frais de santé

Action sociale

3.2. Présentation Espace Adhérent ACI - Frais de santé

3.2.1. Des espaces en ligne sécurités pour gagner du temps au quotidien

L'espace Mon entreprise & Harmonie dédié à l'employeur

Il permet de gérer les informations et démarches liées à votre contrat.

Gérer votre contrat

- Accéder à votre espace documentaire, modifier vos données administratives, bancaires

Affilier vos salariés en ligne

- Gérer l'affiliation de vos collaborateurs
- Résilier un contrat et activer la portabilité
- Exporter en temps réel la liste des salariés

Transmettre et suivre vos demandes

- Contacter le service client pour toute demande liée à vos collaborateurs ou votre structure
- Suivre le traitement de vos demandes

L'espace Harmonie & Moi dédié aux salariés

Il permet à vos salariés de gérer leur contrat santé en toute autonomie :

- calculer, demander ou suivre un remboursement ;
- télécharger leur carte mutualiste et leur tableau de garanties ;
- accéder aux services de téléconsultation, 2ème avis médical, coaching santé Vivoptim...

DES CONSEILS POUR PRÉSERVER SA SANTÉ

- **Le site Harmonie-Prevention.fr**
  Il vous donne accès à des ateliers, rencontres et conférences organisés tout au long de l'année

- **Un magazine et un site dédié Harmonie Santé**
  Ils décryptent les évolutions de la santé, de la société et de la protection sociale

3.2. Présentation Action sociale - Frais de santé

3.2.2. Nos services

NOTRE RÉSEAU DE PARTENAIRES SANTÉ **KALIXIA**

Plus de 20 000 professionnels de santé en France composent ce réseau et proposent :

- des prestations de qualité à des tarifs préférentiels en optique, audio, ostéo et dentaire ;
- une réponse immédiate aux demandes de prise en charge ;
- pas d'avance de frais grâce au tiers payant systématique ;
- des réductions sur des soins et équipements coûteux et des tarifs négociés.

LE SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION **MAIIA**

Ce service unique de prise de rendez-vous et de téléconsultation permet à nos adhérents d'accéder facilement et rapidement à un professionnel de santé.
Chaque adhérent bénéficie de 5 téléconsultations disponibles 24h/24 et 7j/7, renouvelables chaque année, sans frais supplémentaires.

UN ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES DE LA VIE

L'action sociale Harmonie Mutuelle

Un accompagnement concret qui propose :

- **une écoute et des conseils** pour faire face aux difficultés rencontrées ;
- **une participation aux frais de santé coûteux** : soins dentaires, dépassements d'honoraires, hospitalisation ;
- **une aide temporaire** pour le règlement d'une partie des cotisations de la complémentaire santé.

Votre fonds de solidarité frais de santé de la CCN ACI

En complément du fonds social d'Harmonie Mutuelle, votre branche a créé un fonds de solidarité qui permet d'aider vos salariés :

- en cas de reste à charge important sur leurs frais de santé ;
- en situation de fragilité sociale ou professionnelle (aide aux cotisations santé) ;
- à prévenir les troubles musculosquelettiques (aide à l'abonnement sportif).

L'assistance Harmonie Santé Services

Un service d'assistance pour accompagner vos salariés dans les moments difficiles.

Des réponses immédiates

- Un accompagnement personnalisé par des experts à l'écoute (médical, social, juridique)
- Une orientation vers les interlocuteurs et services les plus adaptés à vos besoins

Des prestations concrètes

- Accompagnement en cas de maladie ou d'imprévus : aide à domicile, soutien psychologique, garde d'enfants ou d'animaux
- Assistance à l'étranger : prise en charge médicale, rapatriement, services d'urgence
- Et bien plus encore



3.2. Présentation Action sociale - Frais de santé

3.2.3. Fonds de solidarité (DES)

Depuis le 1er janvier 2016, les Branches professionnelles ont l'obligation de consacrer 2% HT des cotisations santé des adhérents destinés à la mise en place d'un fonds de solidarité (DES). Les partenaires sociaux de la CCN Ateliers et Chantiers d'Insertion ont notamment choisi d'utiliser ce Fonds de solidarité afin d'aider ses salariés :

- à faire face aux difficultés financières liées à **un reste à charge important sur les frais de santé.**
- en situation de fragilité sociale ou professionnelle **en les aidant au financement de leurs cotisations du contrat santé.**
- à prévenir l'apparition de Troubles musculaires squelettiques en versant une aide exceptionnelle pour l'abonnement **à une activité sportive**


RÉGIME SANTÉ CONVENTIONNEL DES ATELIERS ET CHANTIERS D'INSERTION – CCN ACI
FONDS DE SOLIDARITÉ 2025

Harmonie mutuelle
GROUPE VYV
AVANCONS collectif

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE
ABONNEMENT SPORTIF

Afin de de faciliter la pratique d'un sport de manière régulière et améliorer votre état de santé, vos partenaires sociaux ont décidé de participer financièrement à la prise en charge de votre abonnement sportif dans la limite de 100 € par année civile.

Critères d'attribution :
- Être salarié adhérent au régime santé conventionnel des ACI.
- Disposer d'un revenu fiscal de référence annuel inférieur à 20 000 € par part fiscale.
- Être titulaire d'un abonnement sportif (hors manifestations ponctuelles).

- **Frais de soins et de santé :**

Il s'agit d'une aide financière visant la prise en charge de dépenses de santé (audition, dentaire, hospitalisation, handicap, suivi spécialistes HN...)
Le fonds de Solidarité de la branche intervient en complément du fonds d'action sociale en inclusion de la mutuelle ou voir en premier ressort pour les demandes non recevables par les organismes assureurs dans le cadre de leur propre fonds social.

- **Cotisations du contrat santé :**

Il s'agit d'une prise en charge de la part salariale de la cotisation santé des salariés en contrat d'apprentissage ou en contrat de professionnalisation pendant toute la durée de l'alternance.

- **Activité physique :**

Il s'agit d'un forfait de 100€ par an pour un abonnement à une activité sportive (hors manifestations sportives ponctuelles)

4

Présentation des nouvelles garanties

Prévoyance

4.1

Cotisations
Cadres & non-cadres

4. Présentation des nouvelles garanties - Prévoyance

4.1. Cotisations

Non cadres	T1/T2	Part employeur	Part salariée
ITT (Salariés > 1 an)	0.34	0.17	0.17
Invalidité - IPP	0.24	0.12	0.12
Capital Décès - IAD	0.24	0.12	0.12
Rente éducation	0.24	0.12	0.12
Total	**1.06**	**0.53**	**0.53**

Cadres	T1	Part employeur	Part salariée	T2	Part employeur	Part salariée
ITT (Salariés > 1 an)	0.34	0.17	0.17	0.34	0.17	0.17
Invalidité - IPP	0.24	0.19	0.05	0.24	0.12	0.12
Capital Décès - IAD	0.74	0.74	-	0.24	0.12	0.12
Rente éducation	0.24	0.24	-	0.24	0.12	0.12
Rente de conjoint	0.33	0.33	-	-	-	-
Total	**1.89**	**1.67**	**0.22**	**1.06**	**0.53**	**0.53**

Ainsi, sur la base d'une rémunération minimale d'une encadrante technique pédagogique et social de niveau B, non-cadre, coefficient 315 soit 2220,75€, **la part salariée et la part employeur s'élèveront à environ 11,77 € pour un total d'environ 23,54€**.



Ainsi, sur la base d'une rémunération minimale d'un responsable administratif et financier de niveau C, cadre, coefficient 405 soit 2855,25€, relevant donc de la Tranche 1 correspondant au salaire égal ou inférieur au plafond mensuel de la sécurité sociale fixé à 3925€, **la part salarié sera d'environ 6,28€** et **la part employeur d'environ 47,7€ pour un total d'environ 53,96 euros**.



4. Présentation des nouvelles garanties - Prévoyance

4.2.1. La garantie décès : capital - rente éducation - rente conjoint

Type de garanties	Niveau de garanties	
	Non cadre	Cadre
Décès - Invalidité absolue et définitive	**en % du salaire annuel brut de référence**	
Capital de base Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	**250% T1/T2**	
Invalidité absolue et définitive	**Versement anticipé du capital décès**	
Frais obsèques		
Frais d'Obsèques : la garantie couvre le salarié et ses ayants droit	**130% PMSS**	
Rente éducation	**en % PASS en vigueur au jour du décès**	
Montant de la rente éducation par enfant à charge		
Jusqu'au 11ème anniversaire	**10%**	
Du 11ème au 18ème anniversaire	**15%**	
Du 18ème au 26ème anniversaire (en cas de poursuite d'études ou évènements assimilés)	**20%**	
Montant de la rente complémentaire orphelin En cas de décès du conjoint de l'assuré non remarié, du concubin ou du partenaire de PACS survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré (dans ce cas lorsque le décès est survenu dans la même année), il est versé à chaque enfant à charge une allocation complémentaire annuelle	**100% de la rente servie à titre principal**	
Rente de conjoint	**en % du salaire annuel brut de référence**	
Montant de la rente viagère de conjoint Rente au profit du conjoint ou du partenaire lié par un PACS ou du concubin d'un salarié cadre	**-**	**10% T1**

4. Présentation des nouvelles garanties - Prévoyance

4.2.2. L'incapacité temporaire de travail

Type de garanties	Niveau de garanties	
	Non cadre	Cadre
Incapacité temporaire de travail - Ancienneté requise 1 an	**en % du salaire annuel brut de référence**	
Point de départ de l'indemnisation Après 1 an d'ancienneté dans l'entreprise, l'indemnisation l'indemnisation est servie en relais des obligations minimales de maintien de salaire mises à la charge de l'employeur au titre de l'article 7 de la Loi du 19 janvier 1978 modifié par l'article 5 de l'ANI du 11 janvier 2008	**25% T1/T2** Prestations brutes versées par le régime de base non comprise (CSG - CRDS retranchées)	
Montant de la prestation En cas d'arrêt de travail suite à une maladie ou à un accident professionnel ou non		
Terme de l'indemnisation : au 1095ème jour maximum		



En cas d'arrêt de travail d'un salarié, des jours de carence vont d'abord s'appliquer (3 jours pour la sécurité sociale et 7 jours pour l'employeur sauf en cas d'ATMP).

Ensuite, si le salarié a un an d'ancienneté, l'employeur va maintenir le salaire en complément des IJSS pendant une durée qui varie en fonction de l'ancienneté. Une première période d'au moins 30 jours de maintien de salaire à 90% puis une deuxième période à 66,66% (pour la même durée).

C'est dans un troisième temps que la prévoyance va prendre le relais.

4. Présentation des nouvelles garanties - Prévoyance

4.2.3. L'invalidité et l'incapacité permanente professionnelle

Type de garanties	Niveau de garanties	
	Non cadre	Cadre
Invalidité - Incapacité permanente professionnelle	**en % du salaire annuel brut de référence**	
Invalidité		
1ère catégorie	**48% T1/T2**	
2ème et 3ème catégorie	**x 85% T1/T2**	
Incapacité Permanente Professionnelle		
Taux compris entre 33% et moins de 66%	**3n2 x 85% T1/T2**	
Taux supérieur ou égal à 66% (n = taux d'incapacité reconnue par le régime de base)	**85% T1/T2** y compris les prestations versées par le régime de base CSG - CRDS retranchées.	

4.2

Présentation des nouvelles garanties

Prévoyance

Action sociale

4.2 Présentation espace Adhérent ACI

4.2.1. Des espaces en ligne sécurisés pour gagner du temps au quotidien

L'espace employeur Harmonie Mutuelle ESS

Il permet de gérer les informations et démarches liées à votre contrat.

Déclaration et suivi des prestations

- Saisie des déclarations d'arrêt de travail en ligne
- Déclaration des prolongations

Accès aux décomptes de prestations

- Consultation des décomptes sur l'ensemble de vos établissements
- Téléchargement des décomptes au format PDF ou Excel

Bibliothèque de documents

- Documents dédiés à l'information des salariés
- Guides de gestion prévoyance et fiches pratiques

L'espace bénéficiaire de rente

Les bénéficiaires de rente d'invalidité, de conjoint et/ou d'éducation ont accès à un espace en ligne dédié et sécurisé pour gérer directement et en toute autonomie leurs rentes, obtenir des informations et effectuer leurs démarches.

L'espace connecté Action Sociale & SQVT

Un espace personnalisé qui vous donne accès à des contenus dédiés :

- ressources pédagogiques en santé et qualité de vie au travail (replays de webinaires, fiches pratiques, brochures, e-learning...) ;
- coordonnées des conseillers **ESS Facilit' et Vous** (accompagnement social) et kit de communication pour vos salariés ;
- informations sur l'action sociale de votre branche.

AGIR POUR LA SANTÉ, LA QUALITÉ DE VIE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL DE VOS ÉQUIPES

Prévention de l'absentéisme et des risques psychosociaux, amélioration de la qualité de vie au travail... Nos experts en SQVCT, spécialisés dans les métiers de l'ESS, construisent avec et pour vous des solutions en réponse aux spécificités de votre activité et de vos équipes.

À votre disposition : des entretiens-conseils pour faire le point, un accès permanent à nos cycles de webinaires et replays, notre plateforme e-learning, des clubs prévention territoriaux, un centre de ressources pédagogiques, un suivi pas à pas et sur mesure dans la mise en place de vos actions...



UN ACCOMPAGNEMENT DANS LES MOMENTS DIFFICILES DE LA VIE

Le fonds d'action sociale inclus à votre contrat de prévoyance

Des aides financières (sous conditions d'éligibilité), pour vous et vos salariés fragilisés, sur différentes thématiques : obsèques, situation d'aidance, handicap, précarité....

ESS Facilit' et vous : accompagnement gratuit individuel et confidentiel dédié aux dirigeants et salariés de l'ESS et assuré par des professionnels de l'aide sociale.

Votre fonds de solidarité Prévoyance de la CCN ACI

Dans le cadre de votre accord de branche, votre structure bénéficie du DES (Degré Élevé de Solidarité) ou HDS (Haut Degré de Solidarité) afin de bénéficier d'aides financières en complément.

UNE NEWSLETTER MENSUELLE POUR RESTER INFORMÉ

Votre Minute Pratique vous informe des actualités de nos services, des évènements et nouveautés réglementaires à ne pas manquer, et vous donne des astuces pratiques.

AIDES COLLECTIVES ET ACTIONS DE PRÉVENTION

Votre structure ACI peut formuler une demande d'intervention du fonds social de la branche au profit des salariés. Des actions collectives et de prévention peuvent être engagées au sein de l'établissement sur les thématiques suivantes :

- le financement d'actions de nature à réduire les facteurs de risques dans l'entreprise,
- le financement d'actions en matière de santé publique (addictions...)
- le financement d'actions en faveur des travailleurs handicapés (faciliter l'insertion dans l'entreprise)...

AIDES INDIVIDUELLES

Le fonds social Prévoyance de la branche des Ateliers et Chantiers d'Insertion accompagne les salariés, leurs ayants droit et les anciens salariés en portabilité adhérant au contrat collectif de prévoyance géré par Chorum.

Les aides individuelles, versées sous forme d'allocations financières exceptionnelles, accompagnent les assurés :

- dans une situation **d'aidant d'un proche dépendant** (parent, conjoint ou enfant) ;
- eux-mêmes, leur conjoint ou leurs enfants en **situation de handicap**, afin d'aménager leur logement ou leur véhicule, de financer du matériel de communication ou de socialisation, ou leur permettre de financer des vacances adaptées ;
- eux-mêmes atteints ou dont le conjoint ou les enfants est/sont atteints d'une **Affection Longue Durée,** afin de les aider financièrement ou participer à la prise en charge des soins de support.
- pour **toute autre situation de vie** spécifique entraînant des fragilités économiques, sociales ou familiales.

LE SOUTIEN AUX SALARIÉS AIDANTS FAMILIAUX	
Soutien financier aux aidants d'un proche dépendant[1] (conjoint parent ou enfant)	**1 000 €**
Aide au répit[2] permettant la « prise en charge » de la personne dépendante pour quelques heures ou plusieurs jours	**500 € par an** dans la limite des frais engagés sur présentation d'une facture.
LE SOUTIEN AUX SALARIÉS EN SITUATION DE HANDICAP	
Soutien financier en cas de handicap[1] Adaptation logement/véhicule	**1 000 €**
Soutien financier en cas de handicap[1] Matériel de communication/ socialisation	**500 €**
Aide aux vacances adaptées (2) pour le salarié, son conjoint ou ses enfants en situation de handicap afin qu'ils puissent bénéficier d'un séjour adapté	**500 € par an** dans la limite des frais engagés sur présentation d'une facture.
LE SOUTIEN AUX SALARIÉS EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DURÉE	
Soutien en cas d'affection longue durée[3] ALD du salarié ou de ses proches (conjoint/enfant)	**1 000 €**
Aide aux soins de support[3] soins complémentaires au suivi thérapeutique : sophrologie, yoga, méditation, socio-esthétique, sport adapté, diététique/nutrition, art thérapie, prothèses, vêtements adaptés) du salarié ou d'un membre de sa famille (conjoint/enfants)	**500 € par an** dans la limite des frais engagés sur présentation d'une facture.
SITUATION DE VIE SPÉCIFIQUE	
Soutien en cas de situation entraînant des fragilités économiques, sociales ou familiales.	Le montant de l'aide sera déterminé après examen de votre dossier par la Commission Sociale des ACI.

(1) Aide forfaitaire unique pour un même fait générateur. (2) Aide renouvelable, sous conditions de ressources et de nécessité. (3) Aide annuelle reconductible une fois pour le même fait générateur.

Des conditions de ressources sont examinées afin de décider de l'octroi ou non de cette aide.

4.2 Présentation action sociale prévoyance

4.2.3. Le fonds social du régime de prévoyance (suite)

FONDS SOCIAL DU RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES ACI :
Une conviction partagée de solidarité

Le fonds social du régime de prévoyance des ACI valorise l'entraide et la solidarité entre les salariés. Chaque demande fait l'objet d'une instruction du fonds dédié de la branche ACI afin d'accompagner au mieux les demandeurs.
La Commission sociale étudie les demandes présentées en tout anonymat.

FAIRE UNE DEMANDE, COMMENT ÇA MARCHE ?

1. **Je contacte le Service Action Sociale du fonds ACI** par mail, par courrier.
2. **Le Service Action Sociale** m'envoie un dossier à compléter.
3. **Je complète le dossier puis le retourne** au Service Action Sociale.
4. **Ma demande est instruite puis présentée** à la Commission Sociale des ACI.
5. **Je reçois la réponse par courrier et par mail** en cas de décision favorable ou de refus. En cas d'accord, l'aide est versée sous réserve de recevoir la/les facture(s) acquittée(s) et/ou les réponses des financeurs.

5

Présentation action sociale liées aux rentes versées par l’OCIRP

5. Présentation action sociale liées aux rentes versées par l'OCIRP

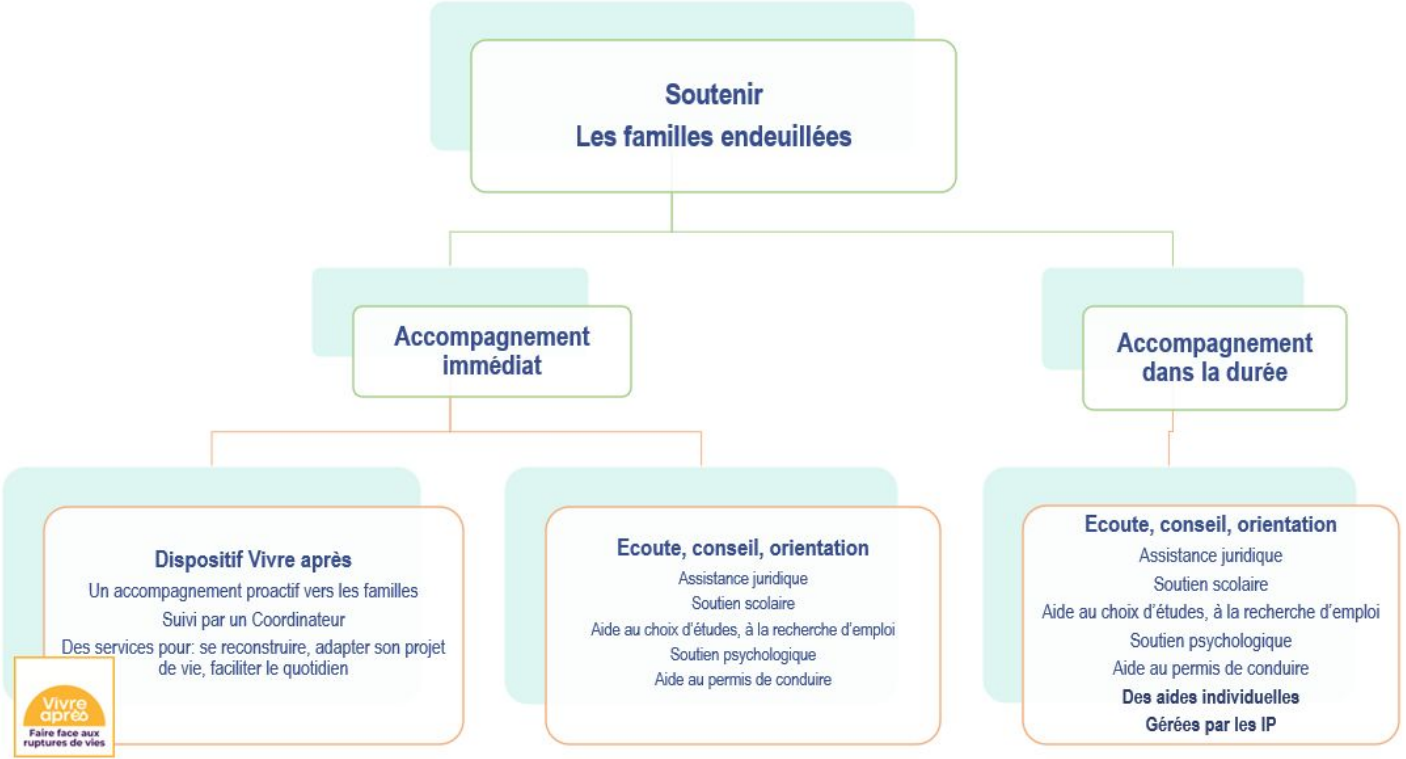
5.1. Chiffres clés de l'action sociale 2023

24 000 **Rentes versées**	*2900* **Appels traités**	*249* **Bénéficiaires du dispositif "Vivre après"**
175 **Jeunes soutenus en scolarités**	*575* **Jeunes guidés vers l'insertion**	*520* **Aides financières Permis et BSR**

OCIRP

5. Présentation action sociale liées aux rentes versées par l'OCIRP

5.2. Architecture de notre accompagnement social



5. Présentation action sociale liées aux rentes versées par l'OCIRP

5.3. Accompagnement social - Rente éducation

- **Ecoute, soutien, information**
  - Accessible via un numéro d'appel gratuit
  - Livret «Faire face à l'Orphelinage»
- **Assistance juridique**
  - Un contrat qui défend les intérêts du bénéficiaire en lui donnant des conseils juridiques, fiscaux, administratifs et peut, le cas échéant intervenir en justice
  - Accessible via un numéro d'appel gratuit
- **Soutien scolaire**
  - Proposé aux orphelins la première année du décès du parent sans condition de ressource. Maximum 32 heures. Du primaire au supérieur
- **Aide à l'orientation, à l'insertion professionnelle, soutien psychologique pour les jeunes de 11 à 26 ans**
  - Aide à l'orientation professionnelle, Parcoursup
  - Aide à la recherche de stage, d'un 1er emploi, d'un contrat en alternance, ...
  - Ecoute et soutien psychologique
- Aide au passage du permis de conduire
  - L'année des 17, 18 et 19 ans, une aide de 600 € (sous conditions de ressources). Versée en 2 fois
- Aide au Brevet de Sécurité Routière
  - L'année des 14 ans, une aide de 200 € (sous conditions de ressources)
- Stages Centaure
  - Pour les jeunes conducteurs, une journée de formation à la conduite
- Les aides personnalisées des Institutions de prévoyance
  - Aide au déménagement, aide au logement étudiant
  - Scolarité des enfants, achat de fournitures,
  - Frais de soins d'orthodontie, optique
  - Aide au Bafa, à la conduite accompagnée ...

Avec Vivre Après, un coordinateur écoute, informe et oriente ceux pour qui rien ne sera jamais comme avant. Il active des services en fonction des besoins et en assure le suivi.



80 unités / foyer
Sur 12 mois

Reconstruire son cadre de vie

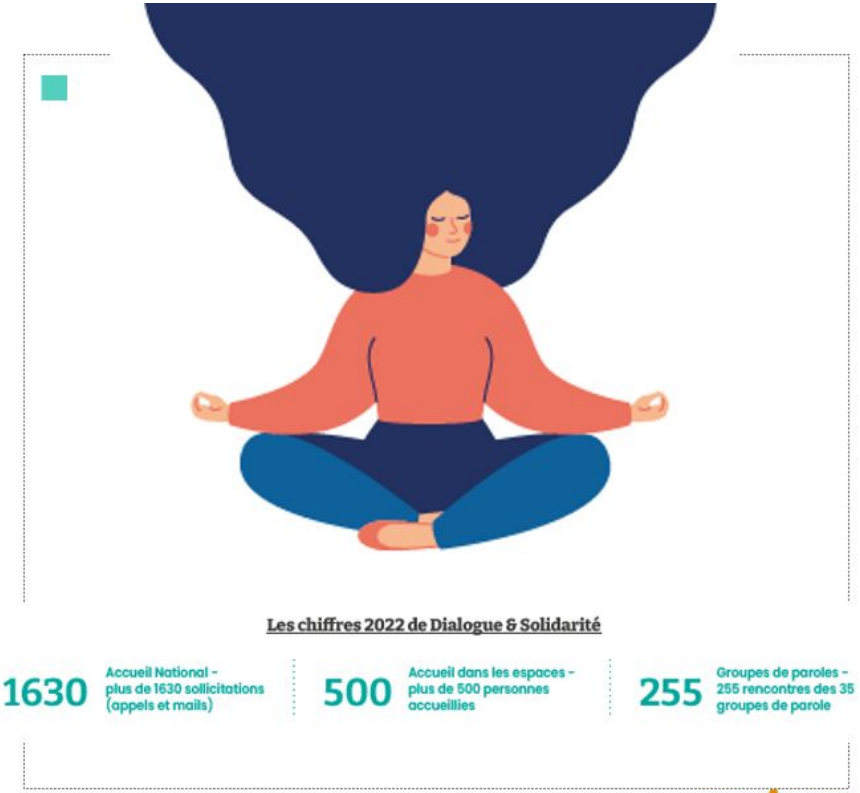
- Soutien psychologique
- Nettoyage du logement quitté
- Aide au retour à l'emploi
- Coaching forme
- Coaching budget
- Prise en charge bien être

Faciliter le quotidien

- Aide à domicile - Auxiliaire de vie- Présence d'un proche
- Entretien du jardin - Petit bricolage
- Livraison de courses
- Aide aux démarches
- Garde des enfants, conduite à l'école, aux activités extra scolaires
- Aide aux déplacements en taxi
- Nettoyage et fleurissement des sépultures

OCIRP

- **Association de référence en France, accompagne depuis plus de 20 ans les personnes en deuil de leur conjoint.e.**
- **Avec 16 lieux d'accueil ouverts à tous et ancrés dans les territoires, elle propose un accompagnement personnalisé et gratuit, en réseau avec les acteurs locaux.**
- **Elle mène également des actions de sensibilisation et d'information autour des enjeux liés au deuil pour le grand public et les professionnels.**
- **Dialogue & Solidarité participe ainsi au maintien de toutes les formes d'autonomie des personnes endeuillées de leur conjoint.**



OCIRP

5. Présentation action sociale liées aux rentes versées par l'OCIRP

5.6. Agir au coeur des familles avec la Fondation d'entreprises OCIRP



- **Identifier les pépites** soutenues par les membres de Graines d'autonomie, ayant un potentiel de développement et d'essaimage
- **Valoriser leur innovation sociale**, notamment auprès de financeurs et partenaires
- **Leur offrir une expertise** qualifiée afin de consolider leur activité et développer leur impact
- **Sécuriser leur stratégie** en vue d'un futur changement d'échelle

72

partenariats ont été construits, dont 51 via des appels à projets

44 projets dans l'axe « **Favoriser l'autonomie** »

27 projets dans l'axe « **Agir en faveur des orphelins** »

1 projet dans l'axe « **Accompagner le deuil** », à travers le soutien à l'association Dialogue & Solidarité



OCIRP

Harmonie mutuelle ess

Pour accéder à la carte interactive des délégations Harmonie Mutuelle ESS & Harmonie Mutuelle

Cliquez

↓



Nous vous remercions de votre attention.

Le prochain webinaire aura lieu le 24 octobre 2025

SyNESI
Syndicat National des Employeurs Spécifiques d'Insertion


FAQ

1 Qu’est ce qu’un taux d’appel ?

Le taux d’appel est un taux préférentiel. Ainsi, pour les cotisations du régime général complémentaire frais de santé de la formule Base 1, en accord avec la branche, sur l’année 2026, un taux de 1,23% sera appliqué et en 2027, un taux de 1,26% pour arriver progressivement, à terme, au taux de 1,29% prévu contractuellement (Formule base 1). Ce taux d’appel est à appliquer, pour les années correspondantes, en paie.

2 La prise en charge de 50% par l’employeur s’applique-t-elle uniquement sur la base 1 ?

Non. La prise en charge employeur à hauteur de 50% s’applique sur les formules de base 1, 2 et 3 dans la mesure où celles-ci sont obligatoires, c’est à dire choisies par l’employeur. Ainsi, si la base 2 est obligatoire pour le salarié parce que l’employeur l’a choisie, ce dernier devra prendre en charge 50% de la cotisation.

3 Si un employeur opte pour la base 1 et que le salarié souscrit la base facultative 3 qui paie le surplus ?

Dans cette hypothèse, le surplus est à la charge du salarié. En effet, lorsque le salarié décide d’améliorer sa couverture avec des options supplémentaires, les cotisations sont à sa charge exclusive.

4 La prise en charge de l'employeur peut-elle être supérieure à 50% ?

La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50% de la cotisation. Le reste est à la charge du salarié. Sauf accord plus favorable au sein de votre structure, la prise en charge employeur ne peut être supérieure à 50%

5 Quand et comment opérer la résiliation des contrats actuels au profit des futurs organismes recommandés ?

Le changement ne s'opère pas automatiquement. Pour opérer ce changement, vous pouvez vous rapprocher de votre conseiller Harmonie Mutuelle ESS qui va vous aider dans vos démarches, notamment pour récupérer certaines informations. Si vous étiez dans la mutualisation mais adhérent Malakoff Humanis, vous devez contacter Harmonie Mutuelle si vous souhaitez rester dans la mutualisation.

S'agissant des délais, pour la prévoyance, il faut résilier l'ancien contrat **avant le 31 octobre 2025.** Pour la complémentaire frais de santé, avec la résiliation infra-annuelle (RIA), si le contrat a plus d'un an, vous pouvez résiliez à tout moment. Anticipez malgré tout deux mois pour faire vos démarches.

6 Vers qui orienter nos adhérents qui souhaitent des explications ?

Vous pouvez orienter vos adhérents vers le site internet ou l'application, sur laquelle ils peuvent solliciter des devis de sorte à éviter de mauvaises surprises et, potentiellement, consulter d'autres praticiens. Vous pouvez également les inviter à contacter la plateforme téléphonique ou à adresser un courriel pour exposer leur situation.

7 Le régime frais de santé et le PMSS vont augmenter au 1er janvier 2026 ?

Oui, le régime frais de santé étant déficitaire, les partenaires sociaux ont opté pour une augmentation en deux temps avec des taux d'appel. S'agissant du PMSS applicable pour 2026, celui-ci n'a pas encore été fixé, toutefois, l'augmentation est estimée à 1,9%.

8 Pouvez-vous clarifier les différents organismes évoqués ? Qui a fusionné avec qui ?

Aesio est un organisme assureur distinct qui, le 1er janvier 2023, est sorti des organismes recommandés s'agissant du régime complémentaire santé. Mutex a intégré Harmonie Mutuelle en tant que prévoyance. L'Ocirp est de son côté co-assureur, avec Harmonie Mutuelle pour le service des rentes éducation et rentes conjoint.

9 Pourquoi faut-il s'orienter vers les organismes assureurs recommandés alors que d'autres proposent, pour les mêmes garanties, des taux plus faibles ?

S'assurer auprès d'un organisme assureur recommandé permet d'avoir accès au haut degré de solidarité (les salariés peuvent alors bénéficier de certaines prestations en complément des garanties de leurs mutuelles) et d'être certain que les garanties proposées par l'organisme recommandé sont bien conformes à ce qui a été négocié au niveau de la branche en ce qu'il s'agit pour eux d'une obligation légale. Si l'organisme assureur non-recommandé cesse de respecter les garanties et leurs évolutions (qu'il ne connaît pas toujours), c'est l'employeur qui sera tenu responsable auprès du salarié (l'employeur se retrouve alors à verser la différence des indemnités/prestations auquel le salarié avait le droit). En outre, la recommandation permet d'avoir accès aux tarifs et aux garanties négociées par la branche. Chaque assureur fait ses choix propres et n'est pas obligé de conserver sa tarification, laquelle peut évoluer significativement. Un assureur non-recommandé peut d'ailleurs décider de résilier le contrat de l'ACI si l'assureur considère que ce n'est plus "rentable" en raison du nombre de sinistres (ce que ne peut pas faire un organisme assureur recommandé). Enfin, la mutualisation permet une solidarité entre les structures de la branche. Plus le nombre de structures entrant dans la mutualisation est important et plus il sera possible de trouver un équilibre permettant de limiter les augmentations de tarifs et/ou d'améliorer les garanties.

10 Est-ce qu'Harmonie Mutuelle ESS propose une surcomplémentaire ?

A priori, l'intérêt est relatif sachant que la formule Base 3 couvre déjà amplement les salariés mais si vos salariés ont des besoins spécifiques, n'hésitez pas à contacter votre conseiller Harmonie Mutuelle ESS.

11 Que signifient les mentions “T1” et “T2” figurant sur la slide 29 ?

Contrairement au régime frais de santé, les cotisations en matière de prévoyance correspondent à un pourcentage du salaire et les taux de cotisation varient selon que le salaire du salarié est égal ou inférieur au plafond mensuel de la sécurité sociale (tranche 1) ou supérieur au plafond mensuel de la sécurité social. Pour rappel, en 2025, le PMSS s’élève à 3 925 euros.

Autrement dit Tranche 1 = fraction du salaire jusqu’à 3 864 euros ; Tranche 2 : fraction du salaire de 3.864,01 euros et au delà.

12 Les aides évoqués dans “Prévoyance - Action sociale” sont-elles comprises dans la cotisation de base ?

Oui, l’ensemble de ces aides sont bien comprises dans la cotisation de base de la prévoyance.

13 Pouvez-vous rappeler les différentes périodes d’indemnisation du salarié malade ?

Le SyNESI propose à ses adhérents, dans l’espace “Ressources” de son site internet, une fiche synthèse “L’indemnisation du salarié malade” retraçant chacunes de ses étapes pour les différents cas de figures possibles..