Accord collectif relatif aux frais de santé

Sommaire

Table des matières

Préambule et objet ***2***

ARTICLE 1 – Recommandation ***2***

Article 2 – Financement ***2***

2.1. Obligation des structures de la branche : **3**

2.2 Modalités de cotisation : **3**

2.3. Choix des formules. **4**

Article 3 – Garanties ***5***

Article 4 – Degré élevé de solidarité ***5***

Article 5 – Adhésion au régime ***6***

5.1. Adhésion obligatoire pour les salariés. **6**

5.2. Facultés de dispense d'adhésion. **7**

5.3. Suspension du contrat de travail. **8**

5.4. Rupture du contrat de travail. **9**

Article 6 – Suivi du régime ***9***

Article 7 – Dispositions spéciales applicables aux entreprises de moins de 50 salariés ***10***

Article 8 – Dispositions finales ***10***

8.1 : **Révision et abrogation des accords précédents.** **10**

8.2 : **Durée de l'accord** **10**

8.3 : **Entrée en vigueur de l'accord.** **10**

8.4 : **Suivi de l'accord et clause de rendez-vous.** **11**

8.5 : **Dépôt et extension.** **11**

Annexe : Tableau de niveau de garanties ***13***

PREAMBULE ET OBJET

Les partenaires sociaux réunis au sein de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) de la convention collective nationale des ateliers et chantiers d'insertion (IDCC 3016) ont souhaité faire évoluer le régime frais de santé mis en place au profit des salariés relevant des ateliers et chantiers d'insertion (ACI) par l'accord national du 15 septembre 2015 relatif au remboursement des frais de santé, modifié en dernier lieu par les avenants N°5 du 16 novembre 2020 et l'avenant n°6 du 14 février 2025.

Le présent accord a pour objet de garantir, au bénéfice de l'ensemble des salariés de la branche des Ateliers et Chantiers d'insertion, une couverture minimale de frais de santé collective et obligatoire permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément d'un régime de base de la sécurité sociale.

Une procédure de mise en concurrence a donc été organisée au cours du premier semestre 2025 conformément aux articles L. 912-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, garantissant ainsi la transparence, l'impartialité et l'égalité de traitement entre les candidats.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de cette couverture au niveau nationale en recommandant un seul organisme assureur, proposant ainsi un interlocuteur unique et identifié aux salariés et employeurs de la branche professionnelle.

Conformément aux dispositions légales, l'organisme assureur recommandé ne peut refuser l'adhésion d'une structure relevant du champ d'application de l'accord et est tenu d'appliquer un tarif unique tout en offrant des garanties identiques pour toutes les structures et tous les salariés concernés.

Cette recommandation se traduit par la conclusion d'un contrat d'assurance de garanties collectives et obligatoires. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

Cet accord collectif a pour conséquence d'abroger l'accord du 15 septembre 2015 ainsi que les avenants y afférents.

ARTICLE 1 – RECOMMANDATION

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander pour assurer la couverture des garanties « frais de santé » prévues pour les salariés des ACI : Harmonie Mutuelle, Groupe VYV, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n°538 518 473, siège social 143 rue Blomet 75015 Paris.

Harmonie mutuelle confie la coordination du dispositif et l'interlocution commerciale au groupe VYV, immatriculé au répertoire Sirene sous le numéro 532 661 832 dont le siège social est situé au 62-68 rue Jeanne d'Arc 75013 Paris.

ARTICLE 2 – FINANCEMENT

2.1. Obligation des structures de la branche :

Les structures relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé, doivent respecter une prise en charge à hauteur de 50% de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans la structure.

Elles pourront prévoir une prise en charge patronale plus favorable, sous réserve de la formaliser au sein de la structure, par l'un des actes visés à l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale (accord collectif d'entreprise, accord proposé par référendum ou par décision unilatérale).

2.2 Modalités de cotisation :

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation afférente à la couverture choisie par la structure employeuse. Les salariés ont la possibilité d'améliorer leur niveau de couverture en adhérant à des options supplémentaires facultatives. Les cotisations supplémentaires servant au financement des couvertures facultatives, ainsi que leurs éventuelles évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit (enfant(s) et/ou conjoint) tels que définis par le contrat d'assurance, pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime. Cette couverture facultative des ayants droit est à la charge exclusive du salarié.

Les cotisations mensuelles servant au financement du remboursement des frais de santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur.

La cotisation obligatoire du salarié et les cotisations facultatives (facultatif salarié et extension ayants droit) sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé :

Salariés qui ne relèvent pas du régime local d'Alsace-Moselle

Régime souscrit par l'entreprise	Actifs (taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)		Part globale employeur et salarié	Part employeur	Part Salarié	Facultatif	
						conjoint	enfant
Formule base 1	Obligatoire salarié	Base 1 (contrat obligatoire)	1,29%	0,645%	0,645%		
	Extension ayants-droits	Base 1				1,45%	0,89%
	Facultatif salarié	plus Base 2			0,31%	0,34%	0,16%
		plus Base 3			0,71%	0,65%	0,31%
Formule base 2	Obligatoire salarié	Base 2 (contrat obligatoire)	1,57%	0,785%	0,785%		
	Extension ayants-droits	base 2				1,76%	1,04%

	Facultatif salarié	plus Base 3			0,40%	0,50%	0,21%
Formule base 3	obligatoire salarié	Base 3 (contrat obligatoire)	1,89%	0,945%	0,945%		
	Extension ayants-droits	Base 3				2,16%	1,20%

Salariés qui relèvent du régime local d'Alsace- Moselle

Régime souscrit par l'entreprise	**Actifs (taux de cotisations exprimés en % du PMSS en vigueur)**		**Part globale employeur et salarié**	**Part employeur**	**Part Salarié**	**Facultatif**	
						conjoint	**enfant**
Formule base 1	Obligatoire salarié	Base 1 (contrat obligatoire)	0,91%	0,455%	0,455%		
	Extension ayants-droits	Base 1				1,02%	0,58%
	Facultatif salarié	plus Base 2			0,31%	0,34%	0,16%
		plus Base 3			0,71%	0,83%	0,38%
Formule base 2	Obligatoire salarié	Base 2 (contrat obligatoire)	1,19%	0,595%	0,595%		
	Extension ayants-droits	base 2				1,33%	0,73%
	Facultatif salarié	plus Base 3			0,40%	0,50%	0,21%
Formule base 3	obligatoire salarié	Base 3 (contrat obligatoire)	1,51%	0,755%	0,755%		
	Extension ayants-droits	Base 3				1,73%	0,89%

Il est fixé un taux d'appel de 95% sur les taux de cotisations du régime de base (colonne « part globale employeur et salarié ») à compter du 1er janvier 2026 et de 97,5% à compter du 1er janvier 2027.

Les taux de cotisation sont définis pour une période de deux ans sur l'ensemble des formules (obligatoires et facultatives). Toute modification du ou des taux de cotisations proposée par l'organisme assureur recommandé fera l'objet d'un avenant au présent accord.

2.3. Choix des formules.

Plusieurs bases ont été définies proposant aux structures et salariés de la branche des taux de remboursement différents en fonction de la formule retenue. Chaque employeur a le choix de souscrire pour l'affiliation obligatoire des salariés à la base 1, base 2 ou base 3. En fonction du choix opéré par l'employeur, celui-ci devra faire obligatoirement adhérer l'ensemble de ses salariés au régime souscrit (sous réserve des motifs de dispense de droit et notifiés). L'employeur a la possibilité de faire évoluer les garanties souscrites au moment de son adhésion, en souscrivant à une autre base obligatoire. À titre indicatif, toute demande de souscription vaut pour un exercice de 12 mois minimum et doit être adressée à l'organisme recommandé par écrit au moins deux mois avant l'échéance annuelle pour une prise d'effet au 1er janvier de

l'exercice de l'année suivante.

Le salarié a la possibilité de faire bénéficier ses ayants droit de la base obligatoire souscrite par son employeur. Il assumera alors individuellement les cotisations dues pour ses ayants-droits.

Le salarié a également la possibilité d'améliorer sa couverture par une adhésion facultative à l'une des bases supérieures selon le niveau de base obligatoire souscrit par l'employeur et de faire bénéficier ses ayants droit des dites options, par une affiliation aux mêmes garanties que celles qu'il a lui-même choisies. Le choix du niveau de l'option retenu par le salarié s'imposera ainsi de fait à ses ayants droit.

Les cotisations des options facultatives s'additionnent alors aux cotisations de la base obligatoire choisie par l'employeur. Dans le cas où le salarié y souscrit volontairement, il assumera individuellement les cotisations de la base supérieure choisie à titre facultatif pour lui et le cas échéant ses ayants-droits.

Le salarié pourra modifier son choix d'options facultatives selon les conditions particulières fixées pour le présent régime.

ARTICLE 3 – GARANTIES

Le régime des frais de santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale ainsi que dans le respect du niveau de garanties minimales tel que défini à l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale dans le cadre du dispositif de généralisation de la complémentaire santé.

Les structures employeuses relevant du champ d'application du présent accord, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, devront respecter les mêmes niveaux de garantie.

Le tableau résumant le niveau de garanties prévu dans le cadre des contrats souscrits avec l'organisme assureur recommandé est annexé au présent accord. Il est établi sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables ou à toute autre évolution de la réglementation ayant un impact sur la prise en charge des garanties frais de santé, pouvant intervenir postérieurement à la conclusion du présent accord. Dans cette hypothèse, le niveau de garanties et/ou le taux de la cotisation seront modifiés par accord entre les partenaires sociaux et l'organisme assureur recommandé.

ARTICLE 4 – DEGRE ELEVE DE SOLIDARITE

Le régime de remboursement de frais de santé instauré au niveau de la branche des ACI présente un degré élevé de solidarité au sens de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale et comprend, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif.

Le haut degré de solidarité comprend notamment :

- La prise en charge de la part salariale de cotisation des apprentis affiliés au régime conventionnel de frais de santé dont le contrat est inférieur à 12 mois ;
- Le financement d'actions de prévention des risques professionnels dans la branche ;
- La prise en charge de prestations d'action sociale individuelles ou collectives, notamment en faveur des travailleurs en situation de handicap.

Le versement de prestations à caractère non directement contributif est organisé dans le cadre d'un fonds social dédié, auquel devront cotiser les structures qui choisiront de rejoindre l'organisme recommandé. L'alimentation du fonds social est assurée par l'affectation d'une quote-part de la cotisation obligatoire versée à l'organisme assureur recommandé, d'un montant de 2 %.

La gestion du fonds social sera confiée par la commission paritaire nationale de prévoyance et frais de santé (CPNP-FS) à l'organisme recommandé pour la gestion du régime conventionnel. Les modalités de gestion de ce fonds et de mise en œuvre du haut degré de solidarité seront définies dans la convention de gestion conclue entre les partenaires sociaux et ledit organisme recommandé.

L'organisme recommandé pour la gestion du présent régime obligatoire établira annuellement un rapport financier et un rapport d'activité de ce fonds, qu'il transmettra à la CPNP-FS.

Les structures non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé devront également prévoir la mise en œuvre d'actions sociales au sein des régimes mis en place à leur niveau.

ARTICLE 5 – ADHESION AU REGIME

5.1. Adhésion obligatoire pour les salariés.

Sont bénéficiaires de la couverture de branche tous les salariés relevant du champ d'application du présent accord et ce dès leur embauche. L'adhésion des salariés est obligatoire sauf s'ils refusent leur adhésion pour un des motifs évoqués au 5.2.

L'adhésion des ayants-droits à la complémentaire santé est facultative. Les ayants droits sont définis de la manière suivante :

- Le conjoint :
    - Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse, non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil).
    - A défaut, est assimilé au conjoint :
        - le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : la personne avec laquelle le salarié a conclu un PACS dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
        - le concubin : la personne avec laquelle le salarié vit en couple dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code civil, caractérisée par une vie commune présentant un

caractère de stabilité et de continuité, justifiée par la production d'une attestation de domicile commun (quittance de loyer, facture énergétique…) ; les concubins ne doivent être, ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un PACS ;

- les enfants à charge. Sont considérés comme enfants à charge :
    - les enfants fiscalement à sa charge ou ceux de son conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient âgés de moins de:
        - 18 ans (sans autres conditions) ;
        - 26 ans et :
            - qu'ils poursuivent leurs études,
            - ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à France Travail,
            - ou sont sous contrat d'apprentissage,
            - ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel ;
    - les enfants quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention invalidité prévue à l'article L.241- 3 du Code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18ème anniversaire ;

5.2. Facultés de dispense d'adhésion.

Ont le choix d'adhérer ou non au régime mis en place par le présent accord :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- Les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

- Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale. 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 couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. En outre, le salarié doit déclarer au titre de quelle dispense il effectue sa demande, indiquer son organisme assureur et indiquer la date de fin de son contrat individuel le cas échéant. Le salarié est tenu d'informer l'employeur de tout changement de situation ayant un impact sur la dispense dont il est bénéficiaire.

Ces motifs s'ajoutent aux dispenses de plein droit telles que prévues par les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

5.3. Suspension du contrat de travail.

- Suspension du contrat donnant lieu à un maintien de salaire.

Dans le cas où le salarié bénéficie soit d'un maintien de salaire, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, le bénéfice de l'ensemble des garanties frais de santé mises en place dans l'entreprise doit être maintenu pour les salariés et, le cas échéant, pour leurs ayants droit.

Dans le cas du versement par l'employeur d'un revenu de remplacement, les garanties frais de santé doivent être maintenues. Cela concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que les périodes de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement, congé de mobilité…).

Pour conserver le caractère collectif des garanties proposées, la contribution de l'employeur, calculée selon les règles prévues au présent accord au moment de la suspension, doit être maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit également acquitter la part salariale de la contribution, calculée selon les règles prévues par le régime.

La cotisation étant calculée sur la base forfaitaire du plafond mensuel de la sécurité sociale, l'assiette de calcul des cotisations est alors inchangée en cas de suspension du contrat de travail faisant l'objet d'une indemnisation. Elle suivra les mêmes évolutions ou indexation, le cas échéant, que celles appliquées aux salariés actifs.

- Suspension du contrat ne donnant pas lieu à maintien de salaire.

En cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou indemnisée, les salariés ne bénéficient pas du maintien de la couverture de complémentaire santé et ne s'acquittent donc pas d'une cotisation.

Les salariés peuvent toutefois continuer à en bénéficier pendant la période de suspension de leur contrat de travail sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur. Le montant de la cotisation, dans ce cas, est identique à celle prévue pour les salariés actifs (et les éventuels ayants droits). Elle suivra les mêmes évolutions ou indexation, le

cas échéant.

5.4. Rupture du contrat de travail.

- Maintien de la garantie au titre de la portabilité en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage.

L'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, du maintien du régime de complémentaire santé dont ils bénéficiaient au sein de la structure en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application. Notamment, la durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime frais de santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

- Maintien de la garantie au titre de la loi Évin

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture frais de santé sera maintenue :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, 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 de portabilité dont ils bénéficient et à la condition d'avoir été affiliés au régime en tant qu'actifs ;
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès du salarié inscrit au régime en tant qu'actif.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture frais de santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin, rappelée à titre informatif dans le cadre du présent accord, incombe à l'organisme assureur et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

ARTICLE 6 – SUIVI DU REGIME

Le suivi du régime de complémentaire santé est assuré par la commission paritaire nationale de prévoyance et frais de santé et la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation est annuellement informée de l'état financier du régime.

Les organismes assureurs recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 30 juin suivant la clôture de l'exercice et selon le calendrier défini en début d'année avec les partenaires sociaux.

ARTICLE 7 – DISPOSITIONS SPECIALES APPLICABLES AUX ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIES

Au regard de la finalité du présent accord, qui consiste à proposer un régime de frais de santé à l'ensemble des salariés de la branche, les Partenaires sociaux conviennent, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du Code du travail, de ne pas prévoir de dispositions particulières pour les structures de moins de 50 salariés.

Ces dispositions s'appliquent quelle que soit la taille de l'entité.

ARTICLE 8 – DISPOSITIONS FINALES

8.1 : Révision et abrogation des accords précédents.

Les partenaires sociaux conviennent que l'ensemble des accords collectifs ainsi que leurs avenants et annexes conclus avant le présent accord dans le champ de la branche des Ateliers et Chantiers d'Insertion sont abrogés et cessent de produire effet à compter de l'entrée en vigueur du présent accord. Sont notamment visés les textes ci-dessous :

- Accord du 15 septembre 2015 relatif au régime de remboursement de frais de santé ;
- Avenant n°21 du 17 mars 2016 à l'accord du 15 septembre 2015 relatif au régime de remboursement des frais de santé ;
- Avenant n°3 du 20 décembre 2017 à l'accord du 15 septembre 2015 relatif au régime de remboursement des frais de santé ;
- Avenant n°4 du 4 décembre 2019 à l'accord du 15 septembre 2015 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé ;
- Avenant n°5 du 16 novembre 2020 à l'accord du 15 septembre 2015 relatif au régime de remboursement des frais de santé ;
- Avenant n°6 du 14 février 2025 à l'accord du 15 septembre 2015 relatif au régime de remboursement des frais de santé.

8.2 : Durée de l'accord.

Cet accord est conclu pour une durée indéterminée.

8.3 : Entrée en vigueur de l'accord.

Cet accord entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2026.

8.4 : Suivi de l'accord et clause de rendez-vous.

Une réunion sera organisée entre les partenaires sociaux à compter de septembre 2026 pour établir le suivi de cet accord.

Une réunion pourra être demandée à tout moment, par l'une des organisations représentatives au niveau de la branche, pour dresser un bilan de l'application de cet accord.

Les partenaires sociaux se réuniront six mois avant l'extinction de la recommandation pour renégocier les termes de cet accord et organiser une nouvelle mise en concurrence.

Le présent accord pourra faire l'objet d'une révision dans les conditions prévues à l'article L.2261-7 du Code du travail. La demande de révision est formulée par tout moyen et accompagnée, le cas échéant, d'un projet de modification. La négociation débute dans les six mois suivant la réception de la demande de révision.

En cas de dénonciation, la partie notifie son souhait de dénoncer l'accord aux autres parties par lettre recommandée avec avis de réception. La dénonciation est motivée. Elle comporte une durée de préavis fixée à 6 mois. Une négociation s'ouvre dans les trois mois à compter de la réception de la notification de la dénonciation.

8.5 : Dépôt et extension.

Les Partenaires sociaux conviennent de demander au Ministère du travail l'extension du présent accord.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, le présent accord est déposé en deux exemplaires auprès des services de la Ministre chargée du travail et remis au secrétariat du greffe du Conseil de prud'hommes de Paris.

Fait à Paris, le 25 novembre 2025

ORGANISATIONS SYNDICALES SALARIÉES REPRÉSENTATIVES AU SEIN DE LA BRANCHE	
Carole Picard **Pour la CFDT**	Signé par Carole Picard Le 27/11/2025 Signed with universign
Catherine Gatti **Pour la CGT**	Signé par Catherine Gatti Le 01/12/2025 Signed with universign

Jean-Rémi Barluet **Pour Solidaires**	Signé par Jean Rémi Barluet Le 27/11/2025 Signed with universign

ORGANISATION PROFESSIONNELLE EMPLOYEUR REPRÉSENTATIVE AU SEIN DE LA BRANCHE	
Éric BOYER **Pour le SyNESI**	Signé par Eric Boyer Le 01/12/2025 Signed with universign

ANNEXE : TABLEAU DE NIVEAU DE GARANTIES

PRESTATIONS	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRECISIONS
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 €.
SOINS COURANTS				
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	120% BR	125% BR	150% BR	

DPTM				
- Médecins non signataires DPTM	100% BR	105% BR	130% BR	
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	
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.
Transport prescrit 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 supérieurs à 120 €
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 maitrisés 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.
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				Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)				
Equipements 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 prestations 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 œil et par bénéficiaire.
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date, dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
Equipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
- Aides auditives	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Equipements 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 1/20ème 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,	100% BR	100% BR	100% BR	

piles, réparations				
PREVENTION, BIEN ETRE 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 règlementation 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

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01/01/2021.

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.

* 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 Maitrisée : **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 règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / **PLV** : Prix limites de vente fixés selon la règlementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

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, sphère 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 TRES 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 €**

Les structures relevant du champ d'application du présent avenant, y compris celles non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès des organismes assureurs recommandés, devront respecter les mêmes niveaux de garanties minimales, acte par acte.