Avenant n°1 à l'accord collectif relatif aux frais de santé du 25 novembre 2025

PREAMBULE

Le présent avenant vise à modifier les taux de cotisation tels que prévus dans l'accord collectif relatif aux frais de santé signé le 25 novembre 2025 ainsi qu'à prendre en compte les évolutions réglementaires intervenues pour les retranscrire dans le tableau des garanties.

ARTICLE 1 – MODIFICATION DE L'ARTICLE 2.2

L'article 2,2 « modalités de cotisation » est modifié dans les conditions suivantes :

Dans le tableau fixant les taux de cotisations des salariés qui ne relèvent pas du régime local d'Alsace-Moselle :

- A la ligne « formule base 1 », « facultatif salarié », « plus base 3 », le taux pour la colonne « conjoint » de 0,65% est remplacé par 0,83% ;
- A la ligne « formule base 1 », « facultatif salarié », « plus base 3 », le taux pour la colonne « enfant » de 0,31% est remplacé par 0,38% ;

Les autres dispositions demeurent inchangées.

ARTICLE 2 – MODIFICATION DE L'ANNEXE

Le tableau de niveau de garanties en annexe de l'accord du 25 novembre 2025 est intégralement remplacé par le tableau en annexe du présent avenant afin de prendre en compte les évolutions réglementaires.

ARTICLE 3 - DISPOSITIONS SPECIALES APPLICABLES AUX ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIES.

Au regard de la finalité du présent avenant, qui consiste à mettre à jour les dispositions relatives à l'accord frais de santé et le tableau des garanties, les Partenaires sociaux conviennent 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 4 : DISPOSITIONS FINALES.

4.1 : Durée de l'avenant.

Cet avenant est conclu pour une durée indéterminée.

4.2 : Entrée en vigueur de l'avenant.

Cet avenant entrera en vigueur à compter du 1er mars 2026.

4.3 : Suivi de l'avenant et clause de rendez-vous.

Une réunion sera organisée entre les partenaires sociaux à compter de septembre 2026 pour suivre la mise en œuvre de cet avenant.

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 avenant.

Le présent avenant 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 pli recommandé avec avis de réception 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'avenant 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.

3.4 : Dépôt et extension.

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

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, le présent avenant 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 20 février 2026

ORGANISATIONS SYNDICALES SALARIÉES REPRÉSENTATIVES AU SEIN DE LA BRANCHE	
Carole Picard **Pour la CFDT**	Signé par Carole Picard Le 02/03/2026 Signed with universign
Catherine Gatti **Pour la CGT**	Signé par Catherine Gatti Le 02/03/2026 Signed with universign

Jean-Rémi Barluet **Pour Solidaires**	Signé par Jean Rémi Barluet Le 02/03/2026 Signed with universign

ORGANISATION PROFESSIONNELLE EMPLOYEUR REPRÉSENTATIVE AU SEIN DE LA BRANCHE	
Éric BOYER **Pour le SyNESI**	Signé par Eric Boyer Le 02/03/2026 Signed with universign

ANNEXE : TABLEAU DE GARANTIES À COMPTER DU 1ER JANVIER 2026

Remboursement total dans la limite des frais réels, y compris remboursement de l'AMO dès lors qu'elle intervient.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
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.
Transport prescrit et remboursé par l'AMO	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	
Participation du patient	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
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 DPTM	**120% BR**	**125% BR**	**150% BR**	
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**	

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
SOINS COURANTS suite				
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	**100% BR**	**100% BR**	**125% BR**	
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	**100% BR**	**100% BR**	**100% 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**	
Véhicule pour personne en situation de handicap : location courte durée	**100 % Santé**	**100 % Santé**	**100 % Santé**	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
Prothèse capillaire 100 % Santé (Classe I et Classe II)	**100 % Santé**	**100 % Santé**	**100 % Santé**	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
Prothèse capillaire à tarif maîtrisé (Classe III) ou à tarif libre (Classe IV)	**100% BR**	**125% BR**	**150% BR**	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
+ Forfait supplémentaire	**Néant**	**100 €/An**	**200 €/An**	Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
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**	
Orthodontie remboursée par l'AMO	**150% BR**	**200% BR**	**250% BR**	Par semestre de traitement et par bénéficiaire.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
DENTAIRE suite				
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.
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)	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	
Prestations d'appairage	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**	
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 Verre complexe Verre très complexe	**Voir Grille Optique Base 1**	**Voir Grille Optique Base 2**	**Voir Grille Optique Base 3**	
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 par l'AMO	**100 % BR + 100 €/An**	**100 % BR +150 €/An**	**100 % BR + 200 €/An**	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Y compris les jetables.
Lentilles non remboursées par l'AMO	**100 €/An**	**150 €/An**	**200 €/An**	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Y compris les lentilles jetables.
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire	**Néant**	**250 €/oeil**	**500 €/oeil**	Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS			
	BASE 1	BASE 2	BASE 3	PRÉCISIONS
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 (PIV)				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 1/20e 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**	Remboursement plafonné à 1700 € TTC par aide auditive y compris le remboursement de l'AMO
Accessoires, entretien, piles, réparations	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	
CURES THERMALES				
Cures thermales remboursées par l'AMO : soins, transport, hébergement	**Néant**	**100% BR**	**100% BR**	Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, transport et hébergement.
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 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 exigée. Seules les séances individuelles de professionnels diplômés, autorisés ou certifiés dans la discipline facturée peuvent faire l'objet d'une prise en charge.
Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO	**Néant**	**Néant**	**20€**	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
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 01/01/2026.
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.

Grilles Optiques Forfait par verre, y compris le remboursement de l'AMO et le ticket modérateur	BASE 1		BASE 2		BASE 3	
	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE
VERRES SIMPLES						
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						
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						
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 €

LEXIQUE :

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.