

Brochure n° 3131

Convention collective nationale

IDCC : 1404. – **ENTREPRISES DE MAINTENANCE,  
DISTRIBUTION ET LOCATION DE MATÉRIELS AGRICOLES,  
DE TRAVAUX PUBLICS, DE BÂTIMENT, DE MANUTENTION,  
DE MOTOCULTURE DE PLAISANCE  
ET ACTIVITÉS CONNEXES, DITE SDLM**

ACCORD DU 2 JUILLET 2015

RELATIF AUX REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES

DE FRAIS DE SANTÉ

NOR : ASET1550899M

IDCC : 1404

PRÉAMBULE

En application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, les organisations liées par la convention collective ont engagé des négociations afin de permettre aux salariés d'accéder à une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Conformément à l'article 1<sup>er</sup> de cette loi, la négociation a porté sur :

- le contenu des garanties et sur leur niveau ;
- leur financement ;
- le choix ou non d'un organisme assureur ;
- le financement d'un objectif de solidarité ;
- les possibilités de dispense d'affiliation à l'initiative du salarié.

Cette négociation s'est poursuivie pendant plusieurs réunions, avec l'aide de deux conseils, au cours desquelles plusieurs hypothèses ont été examinées.

A l'issue des discussions, il a été convenu ce qui suit :

**Article 1<sup>er</sup>**

*Bénéficiaires*

1.1. Le présent accord s'applique sous réserve des dispositions qui suivent à l'ensemble des salariés des entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective dès lors qu'ils justifient d'une ancienneté dans l'entreprise au moins égale à 3 mois.

Les VRP mono-employeur bénéficient du présent accord. Il en est de même des VRP dont tous les employeurs relèvent, à la date d'entrée en application du présent accord, du champ d'application de la convention collective. Dans le cas contraire, le VRP multi-employeurs peut décider par écrit de ne pas relever du présent accord, sous réserve tous les ans de renouveler son choix et de justifier qu'il bénéficie d'une couverture frais de santé. A défaut d'expression de ce choix, il relève du présent accord.

Les mandataires sociaux relevant du régime général de sécurité sociale peuvent bénéficier du présent accord.

1.2. Peuvent être dispensées d'adhésion, à leur initiative, les catégories de salariés définies par la réglementation. Au jour de la signature du présent accord, les dispenses possibles sont celles énumérées par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, annexées pour information au présent accord.

Les salariés se prévalant d'une dispense d'adhésion doivent :

- faire part de leur décision par écrit ;
- fournir des justificatifs et renouveler leur choix lors de chaque échéance annuelle.

1.3. Les garanties prévues par le présent accord s'appliquent sous les réserves qu'il définit :

- à titre obligatoire aux salariés s'agissant de la couverture de base ;
- s'agissant des ayants droit et des garanties complémentaires, l'employeur peut décider de faire bénéficier les ayants droit du salarié du régime de base obligatoire et il peut également décider de faire bénéficier le salarié et, le cas échéant, ses ayants droit des garanties complémentaires<sup>(1)</sup>. En cas de bénéfice de garanties aux enfants, la cotisation enfant est gratuite à partir du troisième enfant.

La question du financement de ces décisions est réglée par l'article 5.

1.4. Au titre du présent accord, sont ayants droit :

- le conjoint du salarié, c'est-à-dire son époux(se) non séparé(e) de corps judiciairement, couvert par la sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié, ou le conjoint non à charge. Est assimilé au conjoint :
  - le concubin, c'est-à-dire la personne avec laquelle le salarié vit en couple, au sens de l'article 515-8 du code civil, au même domicile (l'adresse figurant sur les décomptes de la sécurité sociale faisant foi) ; les concubins ne doivent être ni l'un ni l'autre mariés ou liés par un Pacs ;
  - le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du code civil ;
- les enfants du salarié ou ceux de son conjoint âgés de moins de 18 ans.

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'au :

- 21<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants considérés comme ayants droit, par la sécurité sociale, du salarié ou de son conjoint ;
- 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants affiliés au régime de sécurité sociale des étudiants ou immatriculés personnellement à la sécurité sociale, s'ils sont en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation et ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du Smic brut annuel ;
- 28<sup>e</sup> anniversaire pour les enfants handicapés, s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ou à l'allocation d'adulte handicapé prévue à l'article L. 821-1 de ce code et ne percevant pas des revenus supérieurs à 55 % du Smic brut annuel.

1.5. Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord doivent, selon le calendrier défini au troisième alinéa ci-dessous, faire application du contenu défini par le présent accord en matière de remboursement de soins de santé, sous réserve pour les salariés des cas de dispense prévus par la réglementation.

Le régime défini par le présent accord s'impose aux entreprises qui avaient déjà adopté des dispositions en matière de frais de santé.

---

(1) Cf. annexe I (surcomplémentaire 1 et 2).

Les entreprises ayant déjà adopté des dispositions ayant le même objet mais moins favorables que celles définies par le présent accord pour la couverture de base obligatoire doivent adapter leur dispositif par rapport au présent accord :

- soit au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016 si elles sont adhérentes à l'un ou l'autre des syndicats patronaux ;
- soit dans le mois suivant la parution au *Journal officiel* de l'arrêté ministériel d'extension.

Les entreprises concernées qui désirent rejoindre le régime conventionnel pour bénéficier de la mutualisation peuvent demander leur adhésion.

A cette fin, les entreprises recevront un contrat d'adhésion et des bulletins d'affiliation pour chaque salarié.

Aucune sélection médicale ne sera effectuée.

1.6. Le contenu obligatoire du présent régime ouvrant droit à un remboursement complémentaire à celui de la sécurité sociale est celui défini pour les actes indiqués au tableau annexé au présent accord mentionné à l'article 2.

Aucun salarié bénéficiaire du présent accord ne peut quitter à titre individuel et de son propre fait le régime de base obligatoire de remboursement de frais de soins de santé, sauf à pouvoir bénéficier d'un cas de dispense prévu par la loi lors d'une échéance annuelle.

## **Article 2**

### *Garanties*

Les prestations et leur niveau figurent en annexe du présent accord pour le régime de base obligatoire qui ne concerne que le seul salarié et, sur décision de l'employeur, ses ayants droit.

L'entreprise peut ajouter des garanties complémentaires telles que figurant en annexe du présent accord.

Les garanties sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de leur prise d'effet. Les niveaux de couverture définis par le présent accord répondent aux critères qualifiant les contrats responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les garanties seront revues, le cas échéant, sans délai en cas de changement de ces textes par accord entre les signataires et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation.

## **Article 3**

### *Organisme assureur*

3.1. Les signataires du présent accord ont fait le choix pour l'application du présent accord de recommander l'organisme dont les coordonnées sont : Malakoff Médéric Prévoyance, 21, rue Laffitte, 75009 Paris.

Cet organisme ne peut refuser l'adhésion d'une entreprise relevant du champ d'application de la convention collective.

L'organisme recommandé propose un contrat conforme aux dispositions du présent accord. La souscription de ce contrat par les entreprises auprès de cet organisme permet la mutualisation des risques au niveau de la branche par application d'un tarif unique à l'ensemble des entreprises, l'accès au fonds de mutualisation destiné à financer les actions de prévention au profit des salariés de la branche et, pour les salariés ou anciens salariés des entreprises assurées chez l'organisme recommandé, la mutualisation des fonds destinés au financement total ou partiel de cotisations pour certaines prestations.

3.2. Une convention de gestion est établie entre les partenaires sociaux signataires du présent accord et l'organisme ainsi recommandé. Celle-ci précise les modalités d'information des entre-

prises et de l'ensemble des salariés du secteur professionnel sur le contenu du présent accord, y compris pour les ayants droit et les garanties complémentaires possibles.

Il est annexé à ladite convention un document précisant de façon exhaustive l'ensemble des garanties obligatoires et facultatives applicables.

3.3. A l'issue de l'examen annuel du fonctionnement du régime, les partenaires sociaux pourront décider des évolutions de prestations.

3.4. Le choix de l'organisme assureur recommandé sera réexaminé par la commission paritaire au plus tard dans les 6 mois qui précèdent l'expiration d'une période de 4 ans à compter de la signature du présent accord. Afin de faciliter le travail d'analyse des partenaires sociaux, l'organisme recommandé présentera un rapport, sur les années écoulées depuis la prise d'effet de la recommandation, permettant le suivi du régime (évolution des cotisations, des prestations, sinistralité, mise en œuvre des droits non contributifs...).

En cas de changement d'organisme assureur recommandé, ce changement devra se faire sans rupture temporelle de la couverture des salariés.

## **Article 4**

### *Obligations de l'organisme assureur*

Conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, l'entreprise employeur est tenue de remettre à chaque salarié présent dans l'entreprise à la date de mise en œuvre du régime de protection santé ainsi qu'à tout nouvel embauché une notice d'information sur ledit régime ; cette notice est établie sous la responsabilité de l'organisme assureur. L'organisme assureur est tenu de garantir la prise en charge de la suite des états pathologiques antérieurs à l'entrée en application du présent accord.

En outre, sous réserve de l'évolution de la réglementation sociale et fiscale et des niveaux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, la convention de gestion, prévue à l'article 3, organise pour les 3 années à venir une stabilité tarifaire au profit des entreprises et des salariés dans les conditions qu'elle précise.

## **Article 5**

### *Financement*

Le financement du régime de base obligatoire défini par le présent accord est assuré par une cotisation moitié à la charge de l'employeur et moitié à la charge du salarié.

Pour assurer le financement de ce régime, la cotisation supportée par le salarié ne peut excéder celle prévue par le présent accord si l'employeur choisit un organisme autre que celui recommandé.

Une annexe faisant partie du présent accord précise les cotisations applicables pour le bénéfice du régime obligatoire défini par le présent accord.

Si l'employeur décide d'étendre aux ayants droit la couverture de base obligatoire ou de rendre obligatoires des garanties complémentaires, il participe au financement à concurrence minimum de 25 % de la cotisation supplémentaire.

S'agissant des cotisations uniques famille, l'employeur participe à hauteur de 35 % à la cotisation tarif unique famille et à concurrence de 40 % pour le tarif unique famille au sens de la sécurité sociale (c'est-à-dire 25 % de la part de cotisation au-delà de celle requise pour le financement du régime de base).

## **Article 6**

### *Caractère responsable du contrat*

Le contrat conclu avec l'organisme assureur doit respecter les exigences légales et réglementaires applicables au contrat responsable.

Les partenaires sociaux veilleront sans délai à faire évoluer le contrat en cas d'évolution des dispositions légales et réglementaires relatives au contrat responsable.

## **Article 7**

### *Limites des garanties. – Exclusions*

Ce sont celles définies par le présent accord et, le cas échéant, par la convention conclue avec l'organisme assureur recommandé par le présent accord.

## **Article 8**

### *Suspension du contrat de travail*

8.1. Le droit aux garanties est suspendu de plein droit en cas de suspension du contrat de travail. En conséquence, aucune cotisation n'est due pendant cette période.

La garantie reprend effet dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

8.2. Toutefois, le régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé défini par le présent accord reste en vigueur, et les cotisations salariales et patronales seront dues dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés en activité si la suspension du contrat de travail du salarié résulte :

- d'un arrêt de travail pour maladie, maternité, adoption ou paternité, pour accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle, l'exercice du droit de grève ;
- d'un congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois consécutif (mois civil entier).

8.3. Dans les cas où il y a suspension du droit à garanties (en cas de congé non rémunéré supérieur à 1 mois : congé sabbatique, congé pour création d'entreprise...), le salarié peut demander, à titre individuel, à l'organisme assureur de continuer à bénéficier du régime de remboursement de frais de soins de santé pendant la durée de ce congé. Ce dispositif n'est pas mutualisé avec le régime conventionnel.

L'employeur doit informer par écrit le salarié de la possibilité de maintenir l'assurance lors de son départ en congé.

La cotisation est celle prévue pour le personnel en activité. Celle-ci est à la charge exclusive du salarié, qui doit la verser directement à l'organisme.

Lorsque le salarié débute son congé en cours de mois, la première cotisation à ce régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé facultatif due est celle du mois suivant le début du congé.

Lorsque le salarié termine son congé en cours de mois et qu'il reprend le travail, la dernière cotisation à ce régime complémentaire de remboursement de frais de soins de santé due est celle du mois précédant la fin du congé.

Le maintien de cette assurance facultative prend fin dans les cas suivants :

- à la date de fin d'effet du congé ;
- en cas de rupture du contrat de travail du salarié, sous réserve des dispositions prévues en cas de cessation des garanties.

Lorsque le salarié n'a pas choisi de maintenir la garantie complémentaire de remboursement de frais de soins de santé, le droit à garanties reprend dès la reprise du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré.

## **Article 9**

### *Objectif de solidarité*

9.1. Conformément à l'article R. 912-1 du code de la sécurité sociale, la part de la cotisation qui est affectée au financement des garanties présentant un degré élevé de solidarité indiquées ci-

après est égale à 2 % de la cotisation globale versée par l'entreprise à titre obligatoire (ces garanties peuvent, le cas échéant, s'ajouter à celles définies par l'organisme assureur).

Ces garanties sont :

1. Prioritairement, une prise en charge totale ou partielle de la cotisation salariale de tout ou partie des salariés en contrat de professionnalisation et d'apprentissage (pouvant bénéficier de dispenses d'adhésion prévues à l'article 1<sup>er</sup> du présent accord) dès lors que leur rémunération n'excède pas le minimum fixé par la législation applicable. Cette garantie s'applique en priorité avant toute autre garantie relevant d'un degré élevé de solidarité au sens des textes applicables. Elle s'applique aux contrats de travail en cours selon le calendrier prévu à l'article 1.5.

A défaut d'accord collectif différent, la réduction de la cotisation salariale est égale à 20 % de la cotisation globale répercutée en totalité sur la cotisation salariale normalement due à titre obligatoire.

2. La garantie suivante présentant un degré élevé de solidarité porte sur le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé. Les orientations des actions de prévention sont déterminées par la commission paritaire de branche, qui contrôle la mise en œuvre de ces orientations auprès des organismes assureurs.

3. En fonction des fonds disponibles, la commission paritaire, selon les résultats du régime, pourra définir d'autres actions en faveur des salariés de la branche.

9.2. La commission paritaire chargée de la négociation de la convention collective examinera annuellement les dépenses relevant du dispositif de solidarité à partir d'un rapport établi par l'organisme recommandé. Elle détermine les orientations à appliquer pour l'année civile en cours ou pour le (ou les) exercice(s) ultérieur(s).

9.3. L'organisme assureur s'engage à informer les entreprises et les salariés assurés des actions auxquelles ils sont susceptibles de prétendre en fonction des décisions arrêtées par la commission paritaire.

## **Article 10**

### *Portabilité des droits*

Le bénéfice du présent accord prend fin en cas de rupture du contrat de travail du salarié (décès, départ en retraite, sauf cas de cumul emploi-retraite, démission, licenciement, rupture conventionnelle, etc.). La garantie cesse d'être accordée au salarié à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui le lie à l'entreprise relevant du champ d'application du présent accord.

Continuent à bénéficier des garanties les salariés qui remplissent les conditions fixées par la loi pour la portabilité des droits.

## **Article 11**

### *Commission de suivi*

Une commission paritaire nationale de suivi, composée des organisations patronales et salariales représentatives signataires ou adhérentes au présent accord, est chargée de traiter des éventuelles difficultés d'interprétation et d'application des présentes dispositions.

Cette commission de suivi fonctionne dans les conditions définies par la convention collective pour la commission d'interprétation.

Les dépenses liées au fonctionnement de cette commission paritaire sont prises en charge par l'organisme recommandé selon la convention conclue entre ce dernier et les signataires (et adhérents) du présent accord dans le compte de résultats.

## Article 12

### *Champ d'application*

Le champ d'application professionnel, personnel et géographique du présent accord est celui prévu par l'article 1<sup>er</sup> du chapitre I<sup>er</sup> de la convention collective modifiée.

Le présent accord a un caractère impératif. En conséquence, les entreprises ou établissements de la branche ne peuvent déroger aux dispositions du présent accord. Cette disposition ne fait pas obstacle à ce que les entreprises adoptent des dispositions plus favorables que celles prévues au présent accord.

## Article 13

### *Dispositions finales*

Le présent accord est applicable dès sa signature et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les entreprises adhérentes à l'un ou l'autre des syndicats patronaux signataires.

Dans les autres cas, il est applicable à compter de la parution au *Journal officiel* de l'arrêté ministériel d'extension.

Le présent accord est conclu conformément aux dispositions législatives et réglementaires du code du travail relatives à la nature et à la validité des conventions et accords collectifs.

Dans les conditions prévues par ces mêmes dispositions, il a été fait en un nombre suffisant d'exemplaires pour être notifié à chacune des organisations représentatives.

Il est déposé au ministère du travail ainsi qu'au secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes de Paris.

Les parties signataires demandent l'extension la plus rapide possible du présent accord au ministère en charge du travail.

Fait à Paris, le 2 juillet 2015.

Suivent les signatures des organisations ci-après :

#### **Organisations patronales :**

FNAR ;  
SEDIMA ;  
DLR.

#### **Syndicats de salariés :**

FM CFE-CGC ;  
FGMM CFDT ;  
FNSM CFTC ;  
FCM FO.



## ANNEXE I

### Prestations prises en charge

Tableau 1. – Prises en charge : sécurité sociale + régime de branche

	RÉGIME DE BASE	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	SURCOMPLÉMENTAIRE 2
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>			
Honoraires chirurgicaux et médicaux	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Frais de séjour	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Chambre particulière	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
Chambre particulière ambulatoire	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour
Forfait hospitalier	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel	100 % du forfait fixé par arrêté ministériel
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris en médecine de ville)	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire	100 % de la participation forfaitaire
Frais d'accompagnement	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour
Frais de transport acceptés par la sécurité sociale	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
<b>Pharmacie</b>			
Remboursements sécurité sociale de 15 %, 30 % ou 65 %	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
<b>Médecine courante</b>			
Consultations et visites généralistes	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Consultations et visites spécialistes :			
– consultation dans le cadre du contrat d'accès aux soins (CAS)	160 % de la BRSS (*)	160 % de la BRSS (*)	160 % de la BRSS (*)
– consultation hors CAS	140 % de la BRSS (*)	140 % de la BRSS (*)	140 % de la BRSS (*)
Analyses médicales	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Radiologie	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Auxiliaires médicaux	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Actes techniques médicaux	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
<b>Prothèses autres que dentaires acceptées par la sécurité sociale</b>			
Prothèses auditives	225 € par an	225 € par an	225 € par an



	RÉGIME DE BASE	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	SURCOMPLÉMENTAIRE 2
Appareillages et prothèses médicales remboursés par la sécurité sociale	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
<b>Dentaire</b>			
Soins dentaires	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale	350 % de la BRSS (*)	425 % de la BRSS (*)	500 % de la BRSS (*)
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge	Pas de prise en charge
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	250 % de la BRSS (*)	250 % de la BRSS (*)	250 % de la BRSS (*)
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 € par an	400 € par an	400 € par an
Inlays/onlays	150 % de la BRSS (*)	200 % de la BRSS (*)	200 % de la BRSS (*)
Implants	400 € par an	400 € par an	500 € par an
<b>Optique</b>			
Monture :			
– mineurs	100 € par an	100 € par an	100 € par an
– adultes : tous les 2 ans ou sur une période de 1 an en cas d'évolution de la vue (voir tableau)	100 €	100 €	100 €
Verres :	Remboursement en fonction de la vision. Pour une période de 2 ans (sauf changement de vue et pour les mineurs), cf. tableau 2 ci-après		
– mineurs	Prise en charge chaque année d'un montant maximum par verre, cf. tableau 2 ci-après		
– adultes	Prise en charge d'un montant maximum pour chaque verre sur une période de 2 ans ou sur une période de 1 an en cas d'évolution de la vue, cf. tableau 2 ci-après		
Lentilles acceptées ou non par la sécurité sociale	150 € par an	150 € par an	150 € par an
Opération de l'œil (**)	150 € par an	150 € par an	150 € par an
<b>Autres postes</b>			
Vaccins non remboursés par la sécurité sociale	15 € par an	15 € par an	15 € par an
Acupuncture, chiropractie, ostéopathie	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an	25 € par séance dans la limite de 4 séances par an
<b>Portabilité</b>	Prise en charge telle que prévue par la loi	Prise en charge telle que prévue par la loi	Prise en charge telle que prévue par la loi
<b>Actes de prévention</b>	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)	100 % de la BRSS (*)
(*) Base de remboursement de la sécurité sociale.			
(**) Chirurgie dite de confort non remboursée par la sécurité sociale.			

Tableau 2. – Grille des garanties optiques

TYPE DE VERRES et de correction	RÉGIME de base	SURCOMPLÉMENTAIRE 1	SURCOMPLÉMENTAIRE 2
<b>Verre simple foyer</b>			
Sphère de – 6 à + 6	75 €	100 €	125 €
Sphère de – 6,25 à – 10 ou de + 6,25 à + 10	80 €	100 €	125 €
Sphère < – 10 ou $\geq$ + 10	85 €	100 €	125 €
<b>Verre simple foyer, sphéro-cylindrique</b>			
Cylindre < + 4 sphère de – 6 à + 6	85 €	100 €	150 €
Cylindre < + 4 sphère < – 6 à > + 6	90 €	100 €	150 €
Cylindre > + 4 sphère de – 6 à + 6	95 €	100 €	175 €
Cylindre > + 4 sphère < – 6 à > + 6	100 €	100 €	175 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique</b>			
Sphère de – 4 à + 4	125 €	190 €	210 €
Sphère < – 4 à > + 4	150 €	190 €	210 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</b>			
Sphère de – 8 à + 8	165 €	200 €	250 €
Sphère < – 8 à > + 8	175 €	200 €	250 €

## ANNEXE II

### Cotisations mensuelles

#### 1. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise décide de couvrir le salarié seul

(En euros.)

	RÉGIME GÉNÉRAL			ALSACE-MOSELLE		
	Base obligatoire	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2	Base obligatoire	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
COUVERTURE OBLIGATOIRE DU SALARIÉ SEUL	41,44 (1)	44,67 (2)	47,96 (3)	29,01 (4)	31,27 (5)	33,57 (6)
<b>Extension facultative aux ayants droit à l'initiative du salarié</b>						
Couverture du conjoint	(1) + 47,66 = 89,10	(2) + 51,11 = 95,78	(3) + 54,63 = 102,59	(4) + 33,36 = 62,37	(5) + 35,78 = 67,05	(6) + 38,24 = 71,81
Couverture d'un enfant (*)	(1) + 27,14 = 68,58	(2) + 27,57 = 72,24	(3) + 27,98 = 75,94	(4) + 19,00 = 48,01	(5) + 19,30 = 50,27	(6) + 19,59 = 53,16
<b>Extension facultative Surcomplémentaire 1 et Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié</b>						
Couverture du salarié seul (si l'employeur ne met en place que la couverture de base obligatoire)		(1) + 3,45 = 44,89	(1) + 6,97 = 48,41		(4) + 2,42 = 31,43	(4) + 4,88 = 33,89 €
Couverture du salarié seul (si l'employeur met en place la couverture Surcomplémentaire 1)			(2) + 3,74 = 48,41			(5) + 2,62 = 33,89
(*) Gratuit à partir du 3 <sup>e</sup> enfant						

Les modalités de répartition des prises en charge entre l'employeur et le salarié figurent à l'article 5 de l'accord.

## 2. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise couvre à titre obligatoire le salarié et ses ayants droit

(En euros.)

COUVERTURE OBLIGATOIRE	RÉGIME GÉNÉRAL			ALSACE-MOSELLE		
	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
Couverture du salarié	41,44 (1)	44,67 (2)	47,96 (3)	29,01 (10)	31,27 (11)	33,57 (12)
Couverture du conjoint	43,51 (4)	46,74 (5)	50,03 (6)	30,46 (13)	32,72 (14)	35,02 (15)
Couverture d'un enfant (*)	27,14 (7)	27,54 (8)	27,93 (9)	19,00 (16)	19,28 (17)	19,55 (18)
<b>Extension facultative Surcomplémentaire 1 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)</b>						
Couverture du salarié seul		(1) + 3,45 = 44,89			(10) + 2,42 = 31,43	
Couverture du conjoint		(4) + 3,45 = 46,96			(13) + 2,42 = 32,88	
Couverture d'un enfant (*)		(7) + 0,43 = 27,57			(16) + 0,30 = 19,30	
<b>Extension facultative Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)</b>						
Couverture du salarié seul			(1) + 6,97 = 48,41			(10) + 4,88 = 33,89
Couverture du conjoint			(4) + 6,97 = 50,48			(13) + 4,88 = 35,34
Couverture d'un enfant (*)			(7) + 0,84 = 27,98			(16) + 0,59 = 19,59
<b>Extension facultative Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la Surcomplémentaire 1 à titre obligatoire)</b>						
Couverture du salarié seul			(2) + 3,74 = 48,41			(11) + 2,62 = 33,89
Couverture du conjoint			(5) + 3,74 = 50,48			(14) + 2,62 = 35,34
Couverture d'un enfant (*)			(8) + 0,44 = 27,98			(17) + 0,31 = 19,59
(*) Gratuit à partir du 3 <sup>e</sup> enfant.						

### 3. Cotisations totales applicables lorsque l'entreprise choisit à titre obligatoire un tarif unique famille

(En euros.)

COUVERTURE OBLIGATOIRE Tarif unique famille	RÉGIME GÉNÉRAL			ALSACE-MOSELLE		
	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
	85,71 (1)	90,56 (2)	95,47 (3)	60,00 (4)	63,40 (5)	66,83 (6)
Extension facultative Surcomplémentaire 1 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) Famille		(1) + 5,00 = 90,71			(4) + 3,50 = 63,50	
Extension facultative Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire) Famille			(1) + 10,05 = 95,76			(4) + 7,04 = 67,04
Extension facultative Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture Surcomplémentaire 1 à titre obligatoire) Famille			(2) + 5,20 = 95,76			(5) + 3,64 = 67,04

#### 4. Cotisations totales applicables si l'entreprise choisit à titre obligatoire un tarif unique famille au sens sécurité sociale

(En euros.)

COUVERTURE OBLIGATOIRE FAMILLE au sens de la sécurité sociale	RÉGIME GÉNÉRAL			ALSACE-MOSELLE		
	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
	74,84 (1)	78,83 (2)	82,89 (3)	52,39 (4)	55,18 (5)	58,03 (6)
Extension facultative « conjoint » à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit de couvrir la famille au sens sécurité sociale à titre obligatoire)						
Conjoint (en sus de la cotisation famille sécurité sociale)	(1) + 47,66 = 122,50	(2) + 51,11 = 129,94	(3) + 54,63 = 137,07	(4) + 33,36 = 85,75	(5) + 35,78 = 90,96	(6) + 38,24 = 96,27
Extension facultative Surcomplémentaire 1 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)						
Famille au sens sécurité sociale		(1) + 4,11 = 78,95			(4) + 2,88 = 55,27	
Extension facultative Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture de base obligatoire)						
Famille au sens sécurité sociale			(1) + 8,29 = 83,13			(4) + 5,80 = 58,19
Extension facultative Surcomplémentaire 2 à l'initiative du salarié (si l'employeur choisit la couverture Surcomplémentaire 1 à titre obligatoire)						
Famille au sens sécurité sociale			(2) + 4,30 = 83,13			(5) + 3,01 = 58,19

### ANNEXE III

---

Pour information : liste des dispenses possibles prévues à l'article 1.2 de l'accord du 2 juillet 2015 relatif au remboursement de frais de santé en application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 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 12 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 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. 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.

Dans tous les cas, 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.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.