

Convention collective nationale

IDCC : 3250 | **COMMISSAIRES DE JUSTICE ET SOCIÉTÉS DE VENTES  
VOLONTAIRES**  
(16 novembre 2022)

**Avenant n° 7 du 9 octobre 2024**

relatif à la mise en place d'un régime de complémentaire frais de santé

NOR : ASET2450877M

IDCC : 3250

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

**SYMEV ;**

**CNCJ ;**

**SOPVEM ;**

**UNCJ ;**

**CJF,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFE-CGC ;**

**FS CFDT ;**

**FSE CGT ;**

**FESSAD UNSA ;**

**FEC FO services,**

d'autre part,

**Préambule**

Le 1<sup>er</sup> décembre 2022, les partenaires sociaux de la branche du personnel des huissiers de justice (IDCC 1921) et de la branche des sociétés de ventes volontaires de meubles aux enchères publiques et des offices de commissaires-priseurs judiciaires (IDCC 2785) ont signé à l'unanimité la convention collective des commissaires de justice et des sociétés de ventes volontaires. Cette nouvelle convention collective s'est substituée à l'ensemble des dispositions conventionnelles précédemment existantes dans ces branches à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2023 et a fait l'objet d'un arrêté d'extension du 10 juillet 2024 publié au *Journal officiel* du 18 juillet 2024.

Conformément à l'article 2 de l'avenant n° 1 du 2 octobre 2023 conclu dans le cadre de cette fusion, les partenaires sociaux ont initialement fait le choix de maintenir, à titre temporaire et au sein de leur champ d'application professionnel respectif, les stipulations relatives aux régimes de frais de santé anciennement applicables à chacune des branches fusionnées.

Dans le cadre des négociations qui ont suivi, les partenaires sociaux de la branche des commissaires de justice et sociétés de ventes volontaires se sont réunis afin d'envisager l'instauration d'un régime national collectif et obligatoire de complémentaire frais de santé harmonisé.

Conscients de la nécessité de faire bénéficier les salariés relevant de la convention collective précitée d'une couverture complémentaire frais de santé plus avantageuse que les dispositions réglementaires, les partenaires sociaux se sont réunis, afin de permettre la mise en place d'un régime mutualisé pour les salariés relevant de la convention collective des commissaires de justice et sociétés de ventes volontaires.

En conséquence de quoi il a été conclu le présent accord, qui complète les dispositions de la convention collective nationale des personnels des commissaires de justice et sociétés de ventes volontaires par la création d'un « régime complémentaire frais de santé »

Le présent accord prévoit un régime de base conventionnel, qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ainsi qu'une option, que les salariés peuvent décider de souscrire. Ce socle et cette option ne remettent pas en cause les régimes d'entreprises prévoyant des garanties plus favorables passés ou futurs.

C'est ainsi qu'il a été arrêté et convenu ce qui suit :

## **Article 1<sup>er</sup> | Objet**

Le présent avenant a pour objet l'organisation au niveau national, au bénéfice des salariés visés à l'article 2, d'un régime de complémentaire frais de santé permettant le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, en complément du régime de base de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux ont souhaité permettre une mutualisation de ce régime en recommandant un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure transparente de mise en concurrence organisée conformément aux dispositions des articles L. 912-1 et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale, pour assurer la couverture des garanties de complémentaire frais de santé.

## **Article 2 | Champ d'application**

Le présent avenant s'applique aux entreprises relevant du champ d'application professionnel de la convention collective des commissaires de justice et sociétés de ventes volontaires et à leurs salariés.

## **Article 3 | Mise en place d'un régime de complémentaire frais de santé**

### **Article 3.1 | Adhésion du salarié**

#### **3.1.1. Définition des bénéficiaires**

##### **a) Salarié**

Le régime de complémentaire santé bénéficie à l'ensemble des salariés sans condition d'ancienneté.

## **b) Ayants droit bénéficiaires des prestations du régime de complémentaire frais de santé**

### **Ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire**

Outre le salarié, bénéficient obligatoirement du régime les enfants du participant et/ou de son conjoint ou de son concubin ou de son partenaire lié par un Pacs :

- à charge au sens de l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale ;
- ou jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27<sup>e</sup> anniversaire, s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, en contrat de professionnalisation ou d'insertion ;
- ou sans limite d'âge pour les handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % et ne percevant pas l'allocation d'adulte handicapé.

### **Ayants droit bénéficiaires à titre facultatif**

Par ailleurs, le salarié qui le souhaite pourra demander la couverture de son conjoint ou de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin.

La cotisation facultative frais de santé du conjoint est à la charge exclusive du salarié.

## **3.1.2. Suspension du contrat de travail et maintien du bénéfice du régime**

### **a) Cas de maintien du bénéfice du régime**

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause (notamment lors de la survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adoption), dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, soit d'un maintien de salaire, total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident, d'origine professionnelle ou non professionnelle) 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, soit du versement par l'employeur d'un revenu de remplacement. Ce cas 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...).

Le bénéfice du régime de complémentaire santé est également maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour l'une des causes suivantes :

- congé de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congé non rémunéré qui n'excède pas 1 mois continu.

Dans les cas visés au présent a, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Concernant les salariés non radiés des effectifs, classés en invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale, ou dont le taux d'incapacité permanente reconnu par cet organisme est au moins égal à 66 %, et qui ne perçoivent aucune rémunération de l'employeur, il est précisé que ces salariés bénéficient d'un maintien des garanties frais de santé sans contrepartie de cotisations tant qu'ils font partie des effectifs de l'entreprise.

La charge que représente ce maintien est financée dans le cadre du degré élevé de solidarité.

### **b) Cas d'absence de maintien du bénéfice du régime**

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail non évoqués au a, comme par exemple pour congés sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour

création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé pendant toute la durée de cette suspension.

Dans cette hypothèse, l'employeur suspend le versement de sa contribution au régime pendant toute la période de suspension du contrat de travail non indemnisée.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au régime 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.

### **3.1.3. Caractère obligatoire de l'adhésion**

L'adhésion des salariés et de leurs ayants droit tels que définis au 1.2.1 au régime de complémentaire santé est obligatoire.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, peuvent être dispensés d'adhésion au régime sans remettre en cause le caractère obligatoire de celui-ci :

a) Les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis, avec l'obligation pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties et en produisant tous documents nécessaires à cette justification ;

b) Des 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 ;

c) Les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter, au titre de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire, de cotisations au moins égales à 10 % de leur rémunération brute.

Ces salariés devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de complémentaire santé et produire tous justificatifs requis.

Cette demande de dispense devra être formulée, pour les CDD, les apprentis et les salariés à temps partiel, dans les 30 jours suivant la date d'embauche ou le passage à temps partiel.

À défaut d'écrit et/ou de justificatif adressé(s) à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime. Les salariés qui sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, sous réserve de produire tous documents utiles.

Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

d) Les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de l'embauche ;

Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.

Les salariés concernés par ce cas de dispense devront solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur refus d'adhérer au régime de complémentaire santé dans le délai de 30 jours suivant leur embauche, accompagné des justificatifs requis.

À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

e) À condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de

l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté du 26 mars 2012 modifié) :

- dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire) ;
- régime local d'Alsace-Moselle ;
- régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ; mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Ces salariés devront solliciter, par écrit auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime de remboursement de frais de santé et produire les justificatifs requis dans les 30 jours suivant la date d'embauche ou de mise en place du régime.

À défaut d'écrit et de justificatif adressés à l'employeur, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

S'agissant des entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrits auprès de l'organisme assureur recommandé, elles devront en tout état de cause prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

### **Article 3.2 | *Maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage***

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, les salariés pourront bénéficier d'un maintien à titre gratuit du régime de remboursement de frais de santé complémentaire en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, dès lors que les droits à remboursement complémentaires ont été ouverts chez le dernier employeur. Dans ce cadre, les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise et suivent les évolutions de celles-ci.

Le droit à la portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et par les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de 12 mois de couverture.

La portabilité est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité.

**3.3.1. Structure des cotisations**

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation du régime de base couvrant le salarié et ses enfants à charge.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, à titre facultatif via une extension « conjoint », de couvrir leur conjoint, leur partenaire lié par un Pacs ou leur concubin, pour le même niveau de garanties dont ils bénéficient eux-mêmes.

Les salariés ont également la possibilité de souscrire à une option présentant des garanties plus favorables.

La cotisation supplémentaire servant au financement de la couverture facultative ainsi que ses éventuelles évolutions ultérieures sont à la charge exclusive du salarié.

Les employeurs relevant du champ d'application peuvent également décider de souscrire un contrat prévoyant, à titre obligatoire, le régime de base et l'option.

**a) Assiette de la cotisation**

Les cotisations mensuelles servant au financement du régime de complémentaire santé sont exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale, tel que défini chaque année par voie réglementaire.

**b) Taux et répartition des cotisations**

Répartition des cotisations applicables aux salariés et à leurs ayants droit

*Répartition des cotisations obligatoires*

La cotisation au régime obligatoire est financée à 50 % par le salarié et 50 % par l'employeur.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance proposé et souscrit auprès de l'organisme assureur recommandé devront en tout état de cause respecter une prise en charge à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place par l'entreprise.

*Répartition des cotisations facultatives*

La cotisation au régime facultatif (option non obligatoire) et « extension conjoint » est financée à 100 % par le salarié.

Taux de cotisations des salariés et de leurs ayants droit

*Cotisation régime obligatoire*

La cotisation mensuelle obligatoire ci-dessus définie et les cotisations facultatives « extension conjoint » du régime de base et du régime optionnel sont fixées dans les conditions suivantes (en pourcentage du PMSS) :

**■ Base obligatoire :**

Salariés. Régime général de la sécurité sociale : 1,54 %.

Option facultative : + 0,71 %.

Salariés. Régime local de la sécurité sociale (Alsace-Moselle) : 1,03 %.

Option facultative : + 0,71 %.

■ Base + option obligatoire :

Salariés. Régime général de la sécurité sociale : 2,09 %.

Salariés. Régime local de la sécurité sociale (Alsace-Moselle) : 1,58 %.

*Cotisation facultative « conjoint »*

■ Base obligatoire :

Extension conjoint. Régime général de la sécurité sociale : 1,42 %.

Option facultative : + 0,67 %.

Salariés. Régime local de la sécurité sociale (Alsace-Moselle) : 0,95 %.

Option facultative : + 0,67 %.

■ Base + option obligatoire :

Salariés. Régime général de la sécurité sociale : 1,94 %.

Salariés. Régime local de la sécurité sociale (Alsace-Moselle) : 1,47 %.

*Taux de cotisations applicables aux anciens salariés et ayants droit de salariés décédés*

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin » organise le maintien de la couverture collective d'entreprise, au bénéfice des anciens salariés et des ayants droit de salariés décédés.

Conformément aux dispositions réglementaires (décret n° 90-769 du 30 août 1990 modifié), le coût de la couverture individuelle des personnes susvisées est établi en proportion des tarifs globaux applicables aux salariés en activité, avec un encadrement tarifaire précis durant les 3 premières années d'adhésion.

Les cotisations maximales applicables aux anciens salariés et aux ayants droit de salariés décédés correspondent à 100 % du tarif applicables aux salariés actifs de la branche pendant la première année du maintien.

En application du décret du 30 août 1990, les taux de cotisation applicables aux anciens salariés (cotisations nommées ci-dessous « ancien salarié [isolé] ») sont fixés à 125 % du tarif pour la deuxième année, et à 150 % du tarif pour la 3<sup>e</sup> année.

Les taux de cotisations applicables :

- aux anciens salariés à partir de la quatrième année ;
- aux ayants droit de salariés décédés au-delà de la première année d'adhésion ;
- évolueront en fonction des résultats du régime.

Les cotisations sont à la charge exclusive de l'ancien salarié ou de ses ayants droit.

Les tableaux ci-dessous précisent le tarif applicable la première année d'adhésion (en pourcentage du PMSS).

Tarifs au 1<sup>er</sup> janvier 2025<sup>[1]</sup>.

Régime général Base				
En % PMSS	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
Retraité	1,31 %	1,64 %	1,96 %	En fonction de résultat du régime
Contrat suspendu	1,31 %	1,64 %	1,96 %	En fonction de résultat du régime

[1] Les tarifs évolueront dans la même proportion que les tarifs actifs.

Régime général Base				
En % PMSS	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
Licencié	1,31 %	1,64 %	1,96 %	En fonction de résultat du régime
Invalide, préretraité	1,31 %	1,64 %	1,96 %	En fonction de résultat du régime
Conjoint d'ancien salarié	1,96 %	1,96 %	1,96 %	En fonction de résultat du régime
Enfant d'ancien salarié	0,78 %	0,78 %	0,78 %	En fonction de résultat du régime

Régime général Base + option Obligatoire				
En % PMSS	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
Retraité	1,77 %	2,21 %	2,65 %	En fonction de résultat du régime
Contrat suspendu	1,77 %	2,21 %	2,65 %	En fonction de résultat du régime
Licencié	1,77 %	2,21 %	2,65 %	En fonction de résultat du régime
Invalide, préretraité	1,77 %	2,21 %	2,65 %	En fonction de résultat du régime
Conjoint d'ancien salarié	2,65 %	2,65 %	2,65 %	En fonction de résultat du régime
Enfant d'ancien salarié	1,06 %	1,06 %	1,06 %	En fonction de résultat du régime

Régime Alsace-Moselle Base				
En % PMSS	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
Retraité	0,88 %	1,09 %	1,31 %	En fonction de résultat du régime
Contrat suspendu	0,88 %	1,09 %	1,31 %	En fonction de résultat du régime
Licencié	0,88 %	1,09 %	1,31 %	En fonction de résultat du régime
Invalide, préretraité	0,88 %	1,09 %	1,31 %	En fonction de résultat du régime
Conjoint d'ancien salarié	1,31 %	1,31 %	1,31 %	En fonction de résultat du régime
Enfant d'ancien salarié	0,53 %	0,53 %	0,53 %	En fonction de résultat du régime

Régime Alsace-Moselle Base + option Obligatoire				
En % PMSS	Année N	Année N+1	Année N+2	Année N+3
Retraité	1,34 %	1,67 %	2,01 %	En fonction de résultat du régime
Contrat suspendu	1,34 %	1,67 %	2,01 %	En fonction de résultat du régime
Licencié	1,34 %	1,67 %	2,01 %	En fonction de résultat du régime
Invalide, préretraité	1,34 %	1,67 %	2,01 %	En fonction de résultat du régime
Conjoint d'ancien salarié	2,01 %	2,01 %	2,01 %	En fonction de résultat du régime
Enfant d'ancien salarié	0,80 %	0,80 %	0,80 %	En fonction de résultat du régime

Il est précisé également que les anciens salariés dits « loi Évin » sont inclus dans la mutualisation.



**3.4.1. Tableau des garanties**

Le régime de complémentaire santé est établi dans le cadre du dispositif relatif aux contrats dits responsables par référence aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les tableaux des garanties joints en annexe sont établis sous réserve des évolutions réglementaires liées aux réformes des contrats responsables 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 la commission mixte paritaire et l'assureur recommandé et par un avenant au présent accord collectif.

**3.4.2. Prestations présentant un degré élevé de solidarité**

Concernant les prestations présentant un degré élevé de solidarité, prévues par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale et dans le décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, le présent accord prévoit, au titre du régime obligatoire des salariés, les mesures suivantes :

- 1.** La prise en charge totale de la cotisation des salariés ou des apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée inférieure à 12 mois s'ils ne bénéficient pas d'une couverture par ailleurs, ainsi que des salariés à temps partiel et les apprentis dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute ;
- 2.** Le financement d'actions de prévention, dont les orientations sont déterminées par la commission paritaire de branche ;
- 3.** La prise en charge de prestations d'action sociale au bénéfice des salariés, anciens salariés et ayants droit, tant collective qu'individuelle, suivantes (à compléter) ;
  - aides individuelles de secours aux salariés, ex-salariés et ayants droit ;
  - aides collectives pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit ou des aidants familiaux.
- 4.** En outre, le maintien des garanties exposé à l'article 3.1 (2 a) concernant les salariés non radiés des effectifs, classés en invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale, ou dont le taux d'incapacité permanente reconnu par cet organisme est au moins égal à 66 %, et ne percevant aucune rémunération de l'employeur, est financé dans le cadre du degré élevé de solidarité.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre auprès de l'organisme assureur qu'elles auront retenu les prestations prévues au présent article.

Sont affectés au financement de ces mesures 2 % des cotisations.

**Article 3.5 | Suivi du régime de complémentaire santé**

La commission mixte paritaire dont sont membres les organisations d'employeurs et de salariés représentatives signataires ou adhérentes de la convention collective nationale des commissaires de justice et sociétés de ventes volontaires, assure le suivi du régime complémentaire frais de santé.

L'organisme assureur recommandé communique chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission au plus tard le 1<sup>er</sup> juin suivant la clôture de l'exercice.

### **Article 3.6 | *Organisme assureur recommandé***

Les partenaires sociaux ont, dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence telle que prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, choisi de recommander aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent accord, pour assurer la couverture des garanties frais de santé prévues par la convention collective, l'organisme assureur suivant : Malakoff Humanis.

Les modalités d'organisation de la recommandation seront réexaminées par les partenaires sociaux, dans le respect des dispositions de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai maximum de 5 ans à compter de la date d'effet du présent accord. À cette fin, les parties signataires se réuniront au plus tard 6 mois avant l'échéance.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause la recommandation de l'organisme assureur visé au premier alinéa le 31 décembre de chaque année, sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois avant l'échéance.

### **Article 4 | *Stipulations spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés***

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties ont considéré qu'eu égard à l'objet du présent avenant, celui-ci n'appelle pas de stipulation spécifique mentionnées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail, étant rappelé que la branche est composée majoritairement d'entreprises de moins de 50 salariés et que le présent avenant a vocation à s'appliquer à toutes les entreprises de la branche quelle que soit leur taille.

### **Article 5 | *Durée, entrée en vigueur, extension et dépôt***

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Il entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Les signataires du présent avenant conviennent d'en demander l'extension auprès des instances compétentes, selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le présent avenant est fait en un nombre suffisant d'exemplaires, pour notification à chacune des organisations représentatives dans les conditions prévues à l'article L. 2231-5 du code du travail, et dépôt, dans les conditions prévues par les articles L. 2231-6 et D. 2231-2 du même code, auprès des services centraux du ministre chargé du travail et du greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

*Fait à Paris, le 9 octobre 2024.*

(Suivent les signatures.)

## **Annexe** Tableau des garanties

Les montants de garantie exprimés ci-dessous s'entendent y compris les remboursements de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient.

Les régimes sont en conformité avec les décrets relatifs aux contrats responsables et solidaires.

En cas d'évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

En cas de nouvelle évolution du cahier des charges des contrats responsables, le tableau de garantie sera mis à jour automatiquement sans nécessité d'avenant au présent accord.

*(Voir page suivante.)*

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)		
<b>Frais de séjour</b>		
En établissement conventionné	100 % BR	250 % BR
En établissement non conventionné	100 % BR	250 % BR
<b>Honoraires</b>		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	250 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	200 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 % BR	200 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>		
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée <sup>(3)</sup>	100 % DE	100 % DE
<b>Forfait patient urgence (a)</b>	Sans reste à payer	Sans reste à payer
<b>Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques</b>		
Participation forfaitaire y compris soins courants	100 % DE	100 % DE
<b>Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale<sup>(4)</sup></b>		
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	30 €	80 €
<b>Lit d'accompagnant sur présentation d'une facture, non remboursé par la Sécurité sociale<sup>(4)</sup></b>		
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par jour	30 €	60 €
<b>Allocation maternité ou adoption plénière</b>		
Par enfant - limitée à la dépense engagée	-	150 €

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
DENTAIRE auprès d'un professionnel		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé**</b>	Sans reste à payer <sup>(8)</sup>	Sans reste à payer <sup>(8)</sup>
<b>Soins autres que 100 % Santé</b>		
Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire	100 % BR	150 % BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	150 % BR
<b>Prothèses autres que 100 % Santé<sup>(5)</sup></b>		
<b>TARIF MODÉRÉ</b>		
Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale	125 % BR	300 % BR
Inlay-onlay à tarifs modérés	100 % BR	150 % BR
Inlay-core à tarifs modérés	125 % BR	300 % BR
<b>TARIF LIBRE</b>		
Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale	125 % BR	300 % BR
Inlay-onlay à tarifs libres	100 % BR	150 % BR
Inlay-core à tarifs libres	125 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	125 % BR reconstituée	300 % BR reconstituée
<b>Implantologie – forfait par an et par bénéficiaire</b>	-	300 €
<b>Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire</b>	125 % BR	250 % BR
<b>Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale par semestre de traitement et par bénéficiaire</b>	-	200 % BR reconstituée

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres)		
Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales		
<b>Équipement 100 % Santé**<sup>(9)</sup> (classe A)</b>		
1 monture + 2 verres de classe A	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien *****	Sans reste à payer	Sans reste à payer
<b>Équipement autre que 100 % Santé (classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale</b>		
•Par verre *****	Cf. grille optique	Cf. grille optique
•Par monture de lunettes – par bénéficiaire dont l'âge est >= 16 ans *****	100 €	100 €
•Par monture de lunettes – par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans *****	80 €	100 €
<b>Lentilles</b>		
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait/an/bénéficiaire) <sup>(6)</sup>	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €
Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire) <sup>(6)</sup>	100 €	200 €

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
GRILLE OPTIQUE • y compris remboursement Sécurité sociale		
<b>Verre simple foyer</b>		
SPH de - 6 à + 6	50 €	100 €
SPH < à - 6 ou > à + 6	60 €	100 €
<b>Verre simple foyer, Sphero-cylindrique</b>		
SPH de - 6 à 0 et CYL ≤ + 4	50 €	100 €
SPH > 0 et S ≤ + 6	60 €	100 €
SPH > 0 et S > + 6	60 €	100 €
SPH < - 6 et CYL ≥ + 0,25	60 €	100 €
SPH de -6 à 0 et CYL > + 4	60 €	100 €
<b>Verre multi-focal ou progressif sphérique</b>		
SPH de - 4 à + 4	60 €	145 €
SPH < à - 4 ou > à + 4	60 €	145 €
<b>Verre multi-focal ou progressif Sphero-cylindrique</b>		
SPH de - 8 à 0 et CYL ≤ + 4	60 €	145 €
SPH > 0 et S ≤ + 8	60 €	145 €
SPH de - 8 à 0 et CYL > + 4	60 €	145 €
SPH > 0 et S > + 8	60 €	145 €
SPH < - 8 et CYL ≥ + 0,25	60 €	145 €

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
AIDE AUDITIVE		
<b>Équipement 100 % Santé** (classe I***)</b>	Sans reste à payer <sup>(9)</sup>	Sans reste à payer <sup>(9)</sup>
<b>Équipement autre que 100 % Santé (classe II***)</b>		
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC	1 700 € TTC
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	107 % BR	120 % BR
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	150 % BR	250 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non		
<b>Honoraires médicaux</b>		
Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste :		
•Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR
•Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	130 % BR
•Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 % BR	130 % BR
Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste		
•Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	250 % BR
•Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	200 % BR
•Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* et non conventionné	100 % BR	200 % BR
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux		
•Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	150 % BR
•Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie médicale		
•Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	150 % BR
•Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	130 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires de psychologue</b>		
Consultation / visite / consultation en ligne de psychologue remboursé par la SS (dispositif « Mon soutien Psy »)	Inclus	Inclus
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	150 % BR
<b>Matériel médical</b>		
Appareillage et prothèses médicales, hors aide auditive et optique	100 % BR	200 % BR
<b>Frais de transport sanitaire</b>		
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR <sup>(7)</sup>	100 % BR	100 % BR

	Base (si choisi)	Base + Option (si choisi)
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non		
<b>Cures thermales</b>		
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale	100 % BR	100 % BR
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100 % BR	200 €
<b>Médicaments</b>		
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et automédication sans prescription médicale (forfait/an/bénéficiaire)	-	40 €
Contraception non remboursée par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	15 €	30 €
<b>Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel</b>		
Ostéopathe - par consultation, limité à 3 consultation/an/bénéficiaire	15 €	30 €
<b>Prévention</b>		
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (10)	100 % BR	100 % BR
<b>Assistance</b>		
Garanties assurées par Auxia Assistance	oui	oui

**BR** = Base de Remboursement, **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale, **SS** = Sécurité sociale

(\*) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous. (\*\*) Tels que définis règlementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. (\*\*\*) Voir la liste règlementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales. (\*\*\*\*) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction. (\*\*\*\*\*) Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(a) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique.

(2) En établissement non conventionné prise en charge minimale au TM.

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

(4) La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(7) SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies aux Conditions générales.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions générales.

(10) La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr)).