

**Avenant n° 5 du 3 décembre 2024**  
relatif aux régimes de prévoyance et frais de santé

NOR : ASET2451000M

IDCC : 2931

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

**AMAFI,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFTC Marchés financiers ;**

**CFE-CGC Marchés financiers ;**

**SPI MT,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

**Préambule**

Dans l'objectif de développer la mutualisation et les actions sociales destinées aux salariés rencontrant des difficultés d'une part, et de prévention médicale d'autre part, les partenaires sociaux de la branche des activités de marchés financiers ont décidé d'étudier les offres de couverture prévoyance et santé proposées par le marché, par le biais d'un appel d'offres lancé en juin 2024.

Ainsi, conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires sociaux ont procédé :

- d'une part à l'audit des régimes prévoyance et frais de santé ;
- et d'autre part au réexamen du choix de l'organisme assureur, dans le cadre de la mise en place d'une recommandation.

À l'issue de ce processus d'appel d'offres, les partenaires sociaux ont décidé, lors de leur réunion du 30 septembre 2024, de recommander APICIL Prévoyance pour assurer la couverture des régimes de prévoyance et frais de santé, mis en place par la convention collective nationale du 11 juin 2010 (CCNM) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Dans le cadre du régime de protection sociale complémentaire, les partenaires sociaux de la branche ont décidé de mettre en place des prestations à caractère non directement contributif présentant un degré élevé de solidarité afin de promouvoir, au-delà des garanties déjà en place, des garanties de solidarité.

En conséquence, à l'issue des différents travaux permettant la mise en place de cette recommandation, les partenaires sociaux ont conclu le présent avenant qui modifie les dispositions de l'article 22 et des annexes II et III de la CCNM, et qui crée une annexe IV, présentant les options en place à date.

## **Article 1<sup>er</sup> | Refonte de l'article 22 de la CCNM**

L'article 22 du chapitre V « Dispositifs de branche » est modifié afin de tenir compte de la recommandation d'APICIL Prévoyance et de l'OCIRP.

L'article 22 est réécrit en totalité afin d'assurer une meilleure lisibilité pour les entreprises de la branche.

Certains sous-articles sont uniquement renumérotés, compte tenu de la suppression :

- des articles 22.4 « Modalités des adhésions des entreprises » et 22.5 « Clause de sauvegarde » préalablement actée par l'avenant n° 2 du 31 août 2017 ;
- de l'article 22.11 « Révision du financement du régime ».

### **« Article 22 | Régimes de prévoyance et de frais de santé**

#### **Article 22.1 | Institution des régimes**

La CCNM institue des régimes collectifs obligatoires de prévoyance et de frais de santé (ci-après : "les régimes") bénéficiant à tous les salariés des entreprises, sans condition d'ancienneté.

#### **Article 22.2 | Durée. Entrée en vigueur**

Les dispositions définissant les régimes prévoyance et frais de santé ont une durée indéterminée. Elles prendront effet le premier jour du mois civil suivant la publication au *Journal officiel* de l'arrêté ministériel d'extension prévu par l'article L. 2261-15 du code du travail, y compris pour les arrêts de travail en cours à cette date et pour les périodes indemnisées qui lui sont postérieures.

#### **Article 22.3 | Organisme assureur**

Les entreprises sont libres d'adhérer à l'organisme assureur de leur choix. L'adhésion doit permettre l'application intégrale du dispositif conventionnel.

Toutefois, pour permettre la couverture des garanties prévoyance et frais de santé prévues au titre de la présente convention collective, les partenaires sociaux ont décidé à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale de recommander les organismes assureurs suivants :

- APICIL Prévoyance, institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et enregistrée sous le n° SIREN 321 862 500, dont le siège social est situé 51, boulevard Marius Vivier-Merle, 69003 Lyon,
- et pour la garantie rente éducation :
- OCIRP (Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance), union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ; siège social : 17, rue de Marignan, CS 50003, 75008 Paris.

Les organismes recommandés proposent un contrat d'assurance de référence négocié par les partenaires sociaux et conforme aux obligations déterminées dans la présente convention.

#### **Article 22.4 | Salariés bénéficiaires**

Sont bénéficiaires des régimes les salariés inscrits à l'effectif de l'entreprise, et le cas échéant leurs ayants droit, à l'exception de ceux dont le contrat de travail est sus-

pendu. Toutefois, les garanties de “frais de santé” et de prévoyance lourde sont maintenues lorsque durant la suspension de son contrat de travail, 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 ;
- soit d’un revenu de remplacement versé par l’employeur (activité partielle, congé de reclassement, congé de mobilité...).

Les cotisations de l’entreprise et du salarié sont maintenues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Dans cette hypothèse, l’assiette des cotisations et des prestations en cas de suspension du contrat de travail est en principe déterminée comme suit :

- lorsqu’elle est calculée sur une base forfaitaire sans lien avec le montant des rémunérations perçues, cette assiette continue à s’appliquer pendant cette période de suspension ;
- lorsqu’elle est fixée par référence à la rémunération versée, l’assiette à retenir est le montant de l’indemnité versée dans le cadre de la suspension du contrat de travail (indemnisation légale, le cas échéant complétée d’une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l’employeur).

Ces stipulations sont applicables sous réserve des conditions particulières convenues au sein de l’entreprise (par exemple, en faveur d’une reconstitution d’assiette sur une base pleine correspondant au salaire perçu avant la suspension).

Toutefois, lorsque la durée de la suspension du contrat de travail est inférieure à un mois, les garanties sont maintenues sans contrepartie de cotisations jusqu’à la fin du mois civil suivant celui où a eu lieu la suspension du contrat de travail.

## **Article 22.5 | Risques garantis**

Les régimes comprennent :

- d’une part, les garanties de prévoyance (capital décès, rente éducation, invalidité et incapacité permanente, incapacité temporaire de travail) ;
- d’autre part, la garantie frais de santé.

Pour la garantie décès, le salarié choisit lors de son affiliation soit un capital décès seul, soit un capital décès et une rente éducation. Le salarié a à tout moment la possibilité de modifier l’option ainsi choisie. Si lors du décès du salarié, aucun enfant n’est à la charge du salarié ou si les enfants à charge ont plus de 19 ans, l’option capital décès seul sera en tout état de cause appliquée.

Le régime frais de santé garantit le salarié et sa famille à titre obligatoire.

Les ayants droit du salarié, tels que définis ci-dessus, sont obligatoirement affiliés au régime sauf demande de dispense d’affiliation.

L’entreprise a le choix parmi les structures de cotisations suivantes :

- 1° Isolé/famille ;
- 2° Famille unique ;
- 3° Adulte/enfant.

La couverture "isolé" correspond à la couverture du salarié célibataire sans enfant.

La couverture "famille" correspond à la couverture du salarié et de l'ensemble de sa famille (conjoint et enfants à charge).

La couverture "enfant" correspond à la couverture de l'enfant du salarié ou de son conjoint, partenaire de Pacs ou concubin. La cotisation est due autant de fois qu'il y a d'enfants couverts.

La couverture "adulte" correspond à la couverture du salarié, et le cas échéant de son conjoint, partenaire de Pacs ou concubin. La cotisation est due autant de fois qu'il y a d'adultes couverts.

Le régime frais de santé s'inscrit dans le cadre des contrats dits "responsables" et répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et des textes réglementaires d'application. Les garanties santé sont automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les garanties des contrats dits responsables.

Les régimes sont souscrits sans sélection médicale, ni questionnaire médical. Les cotisations ne sont pas établies en fonction de l'âge du participant.

Les garanties des régimes sont décrites dans les annexes II (prévoyance) et III (frais de santé).

Une notice d'information est établie par l'organisme à destination des salariés et distribuée à ceux-ci par chaque employeur, conformément à l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 22.6 | Salaire de référence**

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations de prévoyance est le salaire brut annuel soumis à cotisations de sécurité sociale perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail initial ou le décès.

Pour certains salariés (salariés ayant la qualité de "Commis" chez un prestataire de services d'investissement qui était agréé au 31 décembre 1995 en tant que société de bourse) tels que visés à l'article 5 de l'annexe IV du CGI dans sa rédaction en vigueur au 21 décembre 2000, une déduction pour frais professionnels de 20 % est prévue. En conséquence, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations de prévoyance est le salaire brut annuel soumis à cotisations de sécurité sociale, après déduction forfaitaire spécifique de 20 %, perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Le salaire de référence est limité au plafond des tranches telles que définies ci-après :

- tranche 1 (T1 anciennement TA) : tranche de salaire limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;
- tranche 2 (T2 anciennement TB) : tranche comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Lorsque la période de 12 mois est incomplète, il est procédé à une reconstitution du salaire de référence.

#### **Article 22.7 | Financement des régimes**

La cotisation du régime de prévoyance est calculée sur les tranches T1 et T2 du salaire ; elle est financée entre employeurs et salariés à raison de 70 % et de 30 % respectivement.

La ventilation de la cotisation par garantie est la suivante :

### Taux contractuels

En pourcentage du salaire de référence.

	T1	T2
Décès y compris RE	0,52 %	0,55 %
Incapacité (180 jours)	0,20 %	0,25 %
Invalidité	0,41 %	0,64 %
<b>Total</b>	<b>1,13 %</b>	<b>1,44 %</b>

La cotisation du régime obligatoire frais de santé est financée à 50 % par l'employeur et à 50 % par le salarié.

La cotisation du régime obligatoire frais de santé est la suivante à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 :

### Taux contractuels, exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS)

		Régime général	Régime local
Socle	Isolé	1,59 %	0,90 %
	Famille	2,05 %	1,60 %
	Tarif unique Famille	1,81 %	1,30 %
	Adulte	1,33 %	0,78 %
	Enfant	0,80 %	0,47 %

### Article 22.8 | Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations des régimes pour les adhésions obligatoires et optionnelles sont payables trimestriellement à terme échu et sont recouvrées auprès de l'entreprise, seule responsable du paiement des cotisations.

Chaque règlement doit être accompagné :

- de l'effectif des salariés cotisants ;
- des éléments correspondant à la base de calcul pour la période appelée ;
- de la ventilation par régime (prévoyance, santé) et par type d'adhésion (obligatoire, facultative).

### Article 22.9 | Degré élevé de solidarité

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, un fonds de solidarité est mis en place par les partenaires sociaux de la branche des activités de marchés financiers, affirmant ainsi leur volonté de mettre en œuvre une politique d'action sociale propre à la branche.

Selon le décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014, les partenaires sociaux attribuent 2 % de la cotisation globale de prévoyance et de frais de santé pour le financement d'actions définies selon les termes de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Pourront notamment être retenues les actions suivantes :

1° Une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6, ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis

ou anciens salariés dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

2° Le financement d'actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale.

Ces actions de prévention pourront relayer des actions prioritaires dans des domaines identifiés comme tels dans le cadre de la politique de santé ou prévoir des actions propres au champ professionnel et visant à réduire les risques de santé, améliorer les conditions de vie au travail des salariés ;

3° La prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :

a) Soit à titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés et ayants droit ;

b) Soit à titre collectif, pour les salariés, les anciens salariés ou leurs ayants droit : l'attribution suivant des critères définis par l'accord d'aides leur permettant de faire face à la perte d'autonomie, y compris au titre des dépenses résultant de l'hébergement d'un adulte handicapé dans un établissement médico-social, aux dépenses liées à la prise en charge d'un enfant handicapé ou à celles qui sont nécessaires au soutien apporté à des aidants familiaux.

Les orientations des actions ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des aides sont décidées par le comité de gestion mentionné à l'article 22.10 et précisées par le règlement du fonds de solidarité. Le comité contrôle la mise en œuvre de ces orientations.

Les entreprises devront, même en dehors du cadre de la recommandation, mettre en œuvre auprès de l'organisme assureur qu'elles auront retenu, ce type d'actions de solidarité.

### **Article 22.10 | Suivi des régimes. Comité de gestion**

Un comité de gestion constitué par les signataires de la CCNM est chargé de suivre l'évolution des régimes conventionnels. Il se réunit au moins 1 fois par an.

Il est composé d'un représentant de chacune des organisations syndicales signataires de la convention collective nationale des activités de marchés financiers et d'un nombre égal de représentants des entreprises, désignés par l'organisation patronale de branche. Par ailleurs, par décision prise à la majorité de ses membres, le comité de gestion peut décider de s'adjoindre des observateurs, qui ne disposent pas du droit de vote. En ce cas, chaque organisation syndicale non-signataire de la CCNM désigne un représentant en qualité d'observateur.

Le comité est présidé, alternativement pour une durée de 2 ans, par un représentant des organisations syndicales de salariés et un représentant des entreprises. La première présidence est déterminée par tirage au sort.

Le comité se réunit au moins 1 fois par an avant le 15 septembre de chaque année. Des réunions exceptionnelles peuvent être organisées à la demande d'un de ses membres pour traiter des questions spécifiques ou urgentes, ou à la demande de l'organisme pour une révision des garanties et/ou des cotisations.

Le comité peut inviter à ses réunions des représentants de l'organisme ou toute autre personne qu'il juge utile.

Les convocations sont faites par l'organisation patronale de branche, en accord avec le président du comité. La convocation précise l'ordre du jour.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple.

Le comité de gestion étudie et analyse le rapport d'information sur les comptes de résultats des régimes transmis par l'organisme.

Celui-ci s'engage à communiquer chaque année les comptes techniques des régimes ainsi qu'une analyse détaillée de ceux-ci au plus tard le 31 juillet suivant la clôture de l'exercice ainsi que tout document ou information complémentaire qui pourrait être utile au suivi des régimes.

Le comité est habilité à effectuer toute proposition d'aménagement des régimes, tant au niveau des garanties que des cotisations, et à analyser et valider les propositions de modifications faites par l'organisme. Pour ce faire, le comité peut demander à l'organisme toute information utile d'ordre administratif, financier ou social.

Il examine les problèmes d'interprétation et d'application des régimes, et définit les aides à financer par le fonds social et les actions dans le cadre du degré élevé de solidarité.

Il est également habilité à réexaminer le choix de l'organisme effectué en vertu de l'article 22.3 de la CCNM.

#### **Article 22.11 | Renégociation**

Conformément à l'article L. 912-2 du code de la sécurité sociale, les parties signataires réexaminent, dans un délai qui ne peut excéder 5 ans à compter de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel* de la CCNM, le choix de l'organisme. À cet effet, le comité de gestion se réunit spécialement au plus tard 6 mois avant l'échéance. En cas de dénonciation de l'organisme, et sauf signature d'un accord de substitution, les présentes dispositions des régimes de prévoyance et de frais de santé resteront en vigueur durant une période de 1 an à compter de la date d'expiration de la période de négociation, conformément aux articles L. 2261-10 et L. 2261-11 du code du travail. »

### **Article 2 | Révision de l'annexe II « Garanties des régimes de prévoyance et de frais de santé »**

L'annexe II « Garanties des régimes de prévoyance et de frais de santé » de branche de la convention collective nationale des activités de marchés financiers du 11 juin 2010 est modifiée comme suit :

#### **Article 2.1 | Ajustement des références à l'article 22 suite à sa refonte**

Afin de tenir compte des ajustements apportés à l'article 22 de la convention collective nationale des activités de marchés financiers du 11 juin 2010, les références aux sous-articles de l'article 22 figurant au sein de l'annexe II sont ajustées.

La référence à l'article 22.6 figurant à l'article B.1 est modifiée par l'article 22.4.

La référence à l'article 22.8 figurant à l'article A.1-1 « Montant du capital décès » est modifiée par l'article 22.6.

La référence à l'article 22.9 figurant à l'article B.5 est modifiée par l'article 22.7.

#### **Article 2.2 | Régime de prévoyance. Enfant à charge**

L'article A.1-3 « Enfants à charge » est modifié comme suit :

##### **« 3. Enfants à charge**

Lorsque les garanties prennent en compte les enfants à charge au moment du décès du salarié, sont considérés comme tels :

- les enfants du salarié, ceux de son conjoint non divorcé ou du concubin notoire, non séparé de corps judiciairement, du partenaire lié par un Pacs :



- jusqu’à leur 21<sup>e</sup> anniversaire sans condition ;
- jusqu’à leur 26<sup>e</sup> anniversaire sous condition :
  - de poursuivre des études ;
  - d’être en apprentissage ;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance ;
- sans limitation de durée en cas d’invalidité équivalente à l’invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie de la sécurité sociale justifiée par un avis médical ou tant qu’ils bénéficient de l’allocation d’adulte handicapé ou qu’ils sont titulaires de la carte d’invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion portant la mention “invalidité” ; l’état d’invalidité doit être reconnu avant le 26<sup>e</sup> anniversaire ;
- les enfants du salarié décédé, nés dans les 300 jours suivant le décès. »

### **Article 2.3 | Garantie invalidité et incapacité permanente**

Le 3<sup>e</sup> alinéa de l’article A.3 « Garantie invalidité et incapacité permanente » est complété comme suit :

« En cas de cumul d’une pension d’invalidité ou d’incapacité permanente et d’une activité exercée à temps partiel, le montant de la prestation complémentaire invalidité ou incapacité permanente n’est pas affecté par une revalorisation salariale, sous réserve que la quotité de temps de travail reste inchangée. Il en va de même du droit à revalorisation annuelle. Ainsi, le salaire perçu à déduire de la prestation complémentaire ne comprend pas les revalorisations salariales et/ou annuelles, sauf si la quotité du temps de travail du salarié change. »

Le 4<sup>e</sup> alinéa de l’article A.3 « Garantie invalidité et incapacité permanente » est modifié comme suit :

« Le versement de cette rente se poursuit aussi longtemps que dure celui de la sécurité sociale, y compris lorsque la sécurité sociale suspend le service de sa rente pour cause d’écèlement tel qu’instauré par les décrets n° 2022-257 du 23 février 2022 et son rectificatif n° 2023-684 du 28 juillet 2023. Il cesse au plus tôt à la fin de la reconnaissance de l’invalidité, à la date de liquidation de la pension de vieillesse ou au décès, conformément à la réglementation en vigueur. »

### **Article 2.4 | Suppression de l’article A.6 « Risques en cours à la date d’adhésion au régime »**

L’article A.6 « Risques en cours à la date d’adhésion au régime » est supprimé.

### **Article 2.5 | Revalorisation des prestations en cours de service**

L’article A.7 « Revalorisation » est modifié comme suit :

#### **« A.6. Revalorisation**

Les rentes éducation, les indemnités journalières et les rentes d’invalidité complémentaires à celles de la sécurité sociale ainsi que la base de prestations sont revalorisées en se référant à l’indice décidé annuellement par le conseil d’administration de l’organisme assureur.

La première revalorisation s’applique à l’échéance qui suit la première date anniversaire du sinistre.

Un complément de revalorisation pourra être accordé au-delà de l’indice décidé annuellement, en fonction des disponibilités des réserves jusqu’à l’atteinte de l’indice



de revalorisation des rentes d'invalidité de la sécurité sociale, constaté en année N, pour application au 1<sup>er</sup> janvier N + 1 suivant. »

### Article 3 | Refonte de l'annexe III « Tableau descriptif des garanties du régime frais de santé de la CCNM »

#### Article 3.1 | L'annexe III est renommée : « Tableaux descriptifs des garanties des régimes conventionnels de prévoyance et de frais de santé »

Il est inséré le tableau descriptif des garanties du régime prévoyance comme suit :

##### « Tableau descriptif des garanties du régime prévoyance

Nature des garanties	
GARANTIE DECES <sup>(2)</sup>	En pourcentage du salaire brut annuel <sup>(1)</sup> T1 + T2 « B »
	Option 1 : Capital seul
Option 2 : Capital + Rente éducation	
<b>Capital décès toutes causes</b>	
- Célibataire, veuf, divorcé sans enfant à charge	250 %
- Célibataire, veuf, divorcé avec un enfant à charge	450 %
- Marié, pacsé, en concubinage sans enfant à charge	300 %
- Marié, pacsé, en concubinage avec un enfant à charge	450 %
- Majoration par enfant supplémentaire à charge	+ 100 %
<b>Rente éducation (assurée par l'OCIRP *)</b>	
Rente annuelle d'éducation par enfant à charge jusqu'au 26 <sup>e</sup> anniversaire	
- jusqu'à la veille du 12 <sup>e</sup> anniversaire	15 %
- de 12 ans jusqu'à la veille du 19 <sup>e</sup> anniversaire	20 %
- de 19 ans jusqu'à la veille de leur 26 <sup>e</sup> anniversaire (viager si enfant invalide)	25 %
<b>Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)</b>	Versement anticipé du 100 % du capital décès toutes causes (option capital seul).
GARANTIE INCAPACITE/INVALIDITE	
En % du salaire de référence <sup>(1)</sup> : T1 + T2 « B » Sous déduction des prestations brutes de la Sécurité sociale, y compris indemnité temporaire d'incapacité, et du salaire maintenu par l'employeur et dans la limite de 100 % du salaire net	
<b>Incapacité temporaire totale de travail</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Au 181<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail continu pour les salariés ayant moins de 6 mois dans l'entreprise ou un an dans la branche</li> <li>En relais du maintien de salaire pour les salariés ayant l'ancienneté requise pour bénéficier de ce maintien</li> </ul>	100 %
<b>Invalidité 1<sup>re</sup> catégorie</b>	60 %
<b>Invalidité 2<sup>e</sup> catégorie</b>	100 %
<b>Accident du travail ou maladie professionnelle</b>	
- Rente avec un taux d'incapacité inférieur à 33 %	Néant
- Rente partielle – le taux d'incapacité est compris entre 33 % (inclus) et 66 % (exclu)	3N <sup>(3)</sup> / 2 x 100 % salaire de référence
- Rente totale – le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 66 %	100 % salaire de référence

(1) Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut annuel soumis à cotisations de Sécurité Sociale perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail initial ou le décès.

A l'exception des salariés (salariés ayant la qualité de « Commis » chez un prestataire de services d'investissement qui était agréé au 31 décembre 1995 en tant que société de bourse) tels que visés à l'article 5 de l'annexe IV du CGI dans sa rédaction en vigueur au 21/12/2000, une déduction forfaitaire pour frais professionnels est prévue.  
En conséquence, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations de prévoyance est le salaire brut annuel Soumis à cotisations de sécurité sociale, après déduction forfaitaire spécifique de 20%, perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Pour le versement des rentes éducatives, le salaire minimum est égal à 100 % du PASS de l'année du décès, sans prorata temporis.

T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS

T2 « B » : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS

(2) Choix entre deux options pour la garantie décès, à la main du salarié

(3) N = le taux d'incapacité fonctionnelle, réel non corrigé

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

**PASS** : Plafond annuel de la Sécurité sociale



\* **OCIRP** : Organisme Commun des Institutions de Rente et de Prévoyance, Union d'institutions de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale – Siège social : 17 rue de Marignan – CS 50 003 - 75008 Paris


*(Voir page suivante.)*

## Article 3.2 | Modification du tableau descriptif des garanties du régime frais de santé

Le tableau descriptif des garanties du régime frais de santé de l'annexe III est remplacé comme suit :

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale <sup>(1)</sup>
	BASE CONVENTIONNELLE (SOCLE)
<b>SOINS COURANTS</b>	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Honoraires médicaux	
<b>Consultations, visites et téléconsultations généralistes :</b>	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	100 % BR
<b>Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :</b>	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	100 % BR
<b>Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)</b>	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	100 % BR
<b>Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :</b>	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.	100 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	100 % BR
<b>Médicaments</b>	
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR
<b>Autres soins courants</b>	
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR
<b>Matériel médical</b>	
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale – exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé	400% BR
Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale – exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	400% BR

HOSPITALISATION	
<b>Honoraires <sup>(5)</sup></b>	
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)	
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	100 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement <sup>(6)</sup>	100 % FR
<b>Autres frais d'hospitalisation</b>	
Frais de séjour hospitalier conventionné	100 % BR
Frais de séjour hospitalier non conventionné	100% BR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR
Forfait Patient Urgences <sup>(7)</sup>	100 % FR
Participation forfait actes lourds	100 % FR
Chambre particulière par jour - y compris ambulatoire et maternité <sup>(8)</sup>	-
OPTIQUE <sup>(9)</sup>	
<b>Équipement : composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement</b>	
<b>Équipements 100 % SANTÉ – Classe A :</b>	
Verres et monture de CLASSE A	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV
<b>Équipements autre que « 100 % Santé » - Classe B :</b>	
Monture prise en charge par la Sécurité sociale	100 €
<b>Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :</b>	
Verre simple	65 €
Verre complexe	80 €
Verre très complexe	115 €
<b>Autres dispositifs de correction optique :</b>	
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	3,5 % PMSS/ année civile / Bénéficiaire TM au-delà du forfait
Chirurgie réfractive de l'œil <sup>(10)</sup>	-
DENTAIRE	
<b>Soins et prothèses : trois paniers de soins</b>	
<b>Soins et prothèses 100 % SANTÉ</b>	
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des HLF
<b>Soins</b>	
Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale.	100 % BR
Inlay-onlay	125% BR
Parodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-

<b>Prothèses <sup>(11)</sup></b>	
Prothèses dentaires à tarif libre ou maîtrisée, remboursées par la Sécurité Sociale (hors Inlays cores) par année civile et par bénéficiaire	Dans la limite de 30% PMSS et au-delà du forfait 125% BR-SS
Couronnes, bridges et inter de bridges	300 % BR
Couronnes sur implant	300 % BR
Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)	300 % BR
Réparations sur prothèses	300 % BR
Inlays cores	300 % BR
Geste complémentaire	300 % BR
<b>Autres dispositifs dentaires</b>	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	125 % BR
Implantologie (implant + pilier implantaire)	-
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Aides auditives : deux classes d'équipements</b>	
<b>Équipements 100 % SANTÉ</b> tels que définis réglementairement	
Équipement de CLASSE I	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV
<b>Autres équipements :</b>	
Équipement de CLASSE II <sup>(12)</sup>	
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité <sup>(13)</sup>	122 % BR par oreille
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR par oreille
Accessoires et fournitures	400 % BR
<b>PRÉVENTION</b>	
<b>Kit confort <sup>(14)</sup> :</b>	
Médecine alternative : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la Sécurité sociale : acupuncteur, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, étiope, ostéopathe, psychomotricien, sophrologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, pédicure-podologue, micro-kinésie, méthode Mézières, réflexologue.	-
<b>Assistance API Services</b>	
	Oui

**TM** : Ticket modérateur

**BR** : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour

**TFR** : Tarif forfaitaire de responsabilité | **PLV** : Prix limite de vente

**PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

**HLF** : Honoraires Limites de Facturation

Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

- (1) Sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale (hors optique et auditif).
- (2) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).
- (3) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- (4) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement (informations sur le site ameli.fr)

- (5) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique (hors chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale)
- (6) 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, et USLD, unités de soins longue durée.
- (7) Limité au forfait réglementaire en vigueur - Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.
- (8) 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.
- (9) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale :
- **pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans ;
  - **pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an ;
  - **pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, 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 s'applique.
- Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.
- Par dérogation aux dispositions ci-dessus**, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- Par dérogation enfin**, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :**
- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
  - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.
- Panachage des verres et monture** : un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.
- Les forfaits équipement optique** intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.
- Autres Equipements** : Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.
- (10) Limité à deux, par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.
- (11) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.
- (12) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à la réglementation en vigueur du « contrat responsable ».
- Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (13) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction
- (14) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité Sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé mentionnés ci-dessus.

*(Voir page suivante.)*

## Article 4 | Création d'une annexe IV « Garanties optionnelles prévoyance et frais de santé »

Il est créé une annexe IV intitulée « Garanties optionnelles » et rédigée comme suit :

« Au 1<sup>er</sup> janvier 2025, les garanties optionnelles prévues au F de l'annexe II de la CCNM sont les suivantes :

### A. Régime de prévoyance

L'entreprise a la faculté de mettre en place des garanties supplémentaires en souscrivant auprès d'APICIL Prévoyance à l'une ou plusieurs des garanties optionnelles suivantes :

- extension tranche C (tranche de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel de la sécurité sociale) ;
- rente de conjoint<sup>[1]</sup> ;
- réduction de franchise 90 jours.

Ces garanties optionnelles peuvent être souscrites indépendamment l'une de l'autre en fonction du choix de l'entreprise.

Lorsqu'elles sont souscrites par l'entreprise elles sont rendues obligatoires au titre du régime de prévoyance mis en place au sein de l'entreprise.

■ Taux contractuels (en pourcentage du salaire de référence) :

	T1	T2 « B »	T2 « C »
Option Extension tranche C	–	–	1,63 %
Option Rente de conjoint	0,57 %	0,57 %	0,57 %
Option Réduction de franchise 90 jours	0,10 %	0,21 %	0,23 %

■ Garanties :

*Option extension tranche 2 « C »*

Nature de la garantie	T2 « C » <sup>[1]</sup>
Extension du salaire de référence à la tranche C	S'applique à l'ensemble des garanties du régime conventionnel obligatoire et des options (décès, rentes, incapacité, invalidité)
<small>[1] T2 « C » : fraction de salaire comprise entre 4 fois et 8 fois le PMSS. PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</small>	

*Option rente de conjoint*

Nature des garanties	En pourcentage du salaire brut annuel <sup>[1]</sup> T1 + T2 « B »
Rente de conjoint (assurée par l'OCIRP*)	
En cas de décès de l'assuré, paiement au conjoint survivant	
Rente temporaire jusqu'à liquidation de la pension de réversion	0,5 % salaire × (âge au décès – 25)



Nature des garanties	En pourcentage du salaire brut annuel <sup>[1]</sup> T1 + T2 « B »
<b>Rente de conjoint (assurée par l'OCIRP*)</b>	
<b>En cas de décès de l'assuré, paiement au conjoint survivant</b>	
Rente viagère (avec un maximum de 15 %)	1 % salaire × (65 – âge au décès)
<p>[1] Le salaire servant de base de calcul des prestations de la rente de conjoint est le salaire brut annuel soumis à cotisations de sécurité sociale perçu au cours des 12 mois ayant précédé le décès, ou reconstitué en cas d'arrêt de travail intervenu sur cette période.</p> <p>T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS.</p> <p>T2 « B » : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p> <p>* OCIRP : Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, siège social : 17, rue de Marignan, CS 50003, 75008 Paris.</p>	

### Option réduction de franchise à 90 jours

Nature de la garantie	En pourcentage du salaire de référence <sup>[1]</sup> T1 + T2 « B »
<b>Sous déduction des prestations brutes de la sécurité sociale, y compris indemnité temporaire d'inaptitude, et du salaire maintenu par l'employeur et dans la limite de 100 % du salaire net</b>	
Rachat de franchise continue à 90 jours en cas d'incapacité temporaire de travail	
Du 91 <sup>e</sup> jour au 180 <sup>e</sup> d'arrêt de travail continu pour les salariés ayant moins de 6 mois dans l'entreprise ou un an dans la branche	100 %
<p>[1] Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est le salaire brut annuel soumis à cotisations de sécurité sociale perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail initial ou le décès.</p> <p>À l'exception des salariés (salariés ayant la qualité de « Commis » chez un prestataire de services d'investissement qui était agréé au 31 décembre 1995 en tant que société de bourse) tels que visés à l'article 5 de l'annexe IV du CGI dans sa rédaction en vigueur au 21 décembre 2000, une déduction forfaitaire pour frais professionnels est prévue.</p> <p>En conséquence, le salaire de référence servant de base au calcul des prestations de prévoyance est le salaire brut annuel soumis à cotisations de sécurité sociale, après déduction forfaitaire spécifique de 20 %, perçu au cours des 12 mois ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.</p> <p>T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au PMSS.</p> <p>T2 « B » : fraction de salaire comprise entre 1 fois et 4 fois le PMSS.</p> <p>PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.</p>	

[1] La garantie rente de conjoint est assurée par l'OCIRP, Organisme commun des institutions des rentes et de prévoyance, union d'institutions de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale ; siège social : 17, rue de Marignan, CS 50003, 75008 Paris.

## B. Régime de frais de santé

L'entreprise a la faculté de mettre en place un régime amélioré, dit « Renfort », au profit de l'ensemble de ses salariés, et dont les garanties et cotisations sont détaillées ci-après.

Lorsque l'entreprise met en place le régime « Renfort », une option surcomplémentaire non responsable dite « Renfort + » peut être proposée aux salariés de l'entreprise.

La surcomplémentaire non responsable fait l'objet d'un contrat d'assurance distinct à adhésion facultative.



Les cotisations sont à la charge intégrale du salarié et réglées directement auprès d'APICIL Prévoyance.


■ Taux contractuels (en pourcentage du PMSS) :

Renfort	Isolé	+ 0,99 %	+ 0,60 %
	Famille	+ 1,47 %	+ 0,90 %
	Tarif unique famille	+ 1,35 %	+ 0,95 %
	Adulte	+ 0,95 %	+ 0,56 %
	Enfant	+ 0,57 %	+ 0,33 %
Renfort +	Isolé	+ 0,29 %	+ 0,12 %
	Famille	+ 0,40 %	+ 0,15 %
	Tarif unique famille	+ 0,39 %	+ 0,14 %
	Adulte	+ 0,29 %	+ 0,12 %
	Enfant	+ 0,22 %	+ 0,10 %

*(Voir page suivante.)*

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS dans la limite des frais réels et y compris remboursements de la Sécurité sociale <sup>(1)</sup>		
	BASE CONVENTIONNELLE AMELIORÉE RENFORT	Surcomplémentaire Non Responsable	TOTAL : Base améliorée + surcomplémentaire RENFORT +
<b>SOINS COURANTS</b>			
Analyses et examens de laboratoire	170 % BR	-	170 % BR
<b>Honoraires médicaux</b>			
<b>Consultations, visites et téléconsultations généralistes :</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	220 % BR	-	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	200 % BR	+ 20 % BR	220 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	200 % BR	+ 20 % BR	220 % BR
<b>Consultations, visites et téléconsultations spécialistes :</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	370 % BR	-	370 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	200 % BR	+ 170 % BR	370 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	200 % BR	+ 170 % BR	370 % BR
<b>Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM)</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	220 % BR	-	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	200 % BR	+ 20 % BR	220 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	200 % BR	+ 20 % BR	220 % BR
<b>Actes d'imagerie (ADI) et d'échographie (ADE) :</b>			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	220 % BR	-	220 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO <sup>(2)</sup>	200 % BR	+ 20 % BR	220 % BR
Praticiens non conventionnés <sup>(3)</sup>	200 % BR	+ 20 % BR	220 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux - Professionnels de santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens.	170 % BR	-	170 % BR
Psychologues pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(4)</sup>	100 % BR	-	100 % BR
<b>Médicaments</b>			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	-	100 % BR ou TFR
<b>Autres soins courants</b>			
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	-	100 % BR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	-	100 % FR
<b>Matériel médical :</b>			
Grand appareillage pris en charge par la Sécurité sociale – exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé	400% BR	-	400% BR
Petit appareillage prise en charge par la Sécurité sociale – exemple : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	400% BR	-	400% BR

HOSPITALISATION			
Honoraires (5)			
Chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), réanimation, actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie et d'échographie, actes d'obstétrique (ACO)			
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	370 % BR	+ 80 % BR	450 % BR
Praticiens conventionnés non-signataires OPTAM/OPTAM-CO (2)	200 % BR	+ 250 % BR	450 % BR
Praticiens non conventionnés (3)	200 % BR	+ 250 % BR	450 % BR
Forfait journalier hospitalier			
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement (6)	100 % FR	-	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation			
Frais de séjour hospitalier conventionné	370 % BR	+ 80 % BR	450 % BR
Frais de séjour hospitalier non conventionné	370 % BR	+ 80 % BR	450 % BR
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	-	100 % BR
Forfait Patient Urgences (7)	100 % FR	-	100 % FR
Participation forfait actes lourds	100 % FR	-	100 % FR
Chambre particulière par jour - y compris ambulatoire et maternité (8)	3% PMSS	-	3% PMSS
OPTIQUE (9)			
Équipement : composé de deux verres et une monture : deux classes d'équipement			
Équipements 100 % SANTÉ – Classe A :			
Verres et monture de CLASSE A		Le reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV	
Équipements autre que « 100 % Santé » - Classe B :			
Monture prise en charge par la Sécurité sociale	100 €	+ 100 €	200 €
Verre (définition du contrat responsable, remboursement par verre) :			
Verre simple	115 €	+ 15 €	130 €
Verre complexe	250 €	+ 50 €	300 €
Verre très complexe	350 €	-	350 €
Autres dispositifs de correction optique :			
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	7 % PMSS / année civile / Bénéficiaire TM au-delà du forfait	+ 3 % PMSS /année civile / Bénéficiaire	10 % PMSS / année civile / Bénéficiaire TM au-delà du forfait
Chirurgie réfractive de l'œil (10)	800 € par œil	+ 200 € par œil	1 000 € par œil
DENTAIRE			
Soins et prothèses : trois paniers de soins			
Soins et prothèses 100 % SANTÉ			
Panier 100 % SANTÉ tel que défini réglementairement		Le reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des HLF	
Soins			
Soins dentaires conservateurs, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie remboursée par la Sécurité sociale.	170 % BR	-	170 % BR

Inlay-onlay	15% PMSS/année civile/ Bénéficiaire et au-delà du forfait : 125% BR -SS	-	15% PMSS / année civile / Bénéficiaire et au-delà du forfait : 125% BR -SS
Parodontologie et orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	15% PMSS /année civile / Bénéficiaire	+ 5 % PMSS / année civile /Bénéficiaire	20% PMSS / année civile / Bénéficiaire
Prothèses <sup>(11)</sup>			
Prothèses dentaires à tarif libre ou maîtrisée, remboursées par la Sécurité Sociale (hors Inlays cores) Par année civile et par bénéficiaire	Dans la limite de 30% PMSS et au-delà du forfait 125% BR-SS	+10 % PMSS	Dans la limite de 40% PMSS et au-delà du forfait 125% BR-SS
Couronnes, bridges et inter de bridges	500 % BR	+ 50 % BR	550 % BR
Couronnes sur implant	500 % BR	+ 50 % BR	550 % BR
Prothèses dentaire amovible (y compris transitoire)	500 % BR	+ 50 % BR	550 % BR
Réparations sur prothèses	500 % BR	+ 50 % BR	550 % BR
Inlays cores	500 % BR	+ 50 % BR	550 % BR
Geste complémentaire	500 % BR	+ 50 % BR	550 % BR
Autres dispositifs dentaires			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	350 % BR	+ 100 % BR	450 % BR
Implantologie (implant + pilier implantaire)	900 € / année civile / Bénéficiaire	+ 300 € / année civile / Bénéficiaire	1 200 € / année civile / Bénéficiaire
AIDES AUDITIVES			
Aides auditives : deux classes d'équipements			
Équipements 100 % SANTÉ tels que définis réglementairement			
Équipement de CLASSE I		Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % santé et des PLV	
Autres équipements :			
Équipement de CLASSE II <sup>(12)</sup>			
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité <sup>(13)</sup>	122 % BR par oreille	-	122 % BR par oreille
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 % BR par oreille	-	400 % BR par oreille
Accessoires et fournitures	400 % BR	-	400 % BR
PRÉVENTION			
Kit confort <sup>(14)</sup> :			
Médecine alternative : professionnels de santé reconnus par les annuaires professionnels, non pris en charge par la Sécurité sociale : acupuncteur, chiropracteur, diététicien-nutritionniste, étio-pathe, ostéopathe, psychomotricien, sophrologue, psychologue, homéopathe, ergothérapeute, pédicure-podologue, micro-kinésie, méthode Mézières, réflexologue.	40€ par séance, limité à 4 séances /année civile / Bénéficiaire	+ 2 séances / année civile / Bénéficiaire	40€ par séance, limité à 6 séances /année civile / Bénéficiaire
Assistance API Services	Oui	Oui	Oui

**TM** : Ticket modérateur

**BR** : Base de Remboursement | **FR** : Frais Réels | **€** : euros | **A** : an | **B** : Bénéficiaire | **J** : Jour

**TFR** : Tarif forfaitaire de responsabilité | **PLV** : Prix limite de vente

**PASS** : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

**HLF** : Honoraires Limites de Facturation

Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention conformément à la réglementation des contrats responsables.

(1) Sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la sécurité sociale (hors optique et auditif)

(2) Le site [ameli.fr](http://ameli.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(3) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(4) Séances réalisées dans le cadre du dispositif « Mon soutien Psy », dans la limite d'un nombre de séances défini réglementairement (informations sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr))

(5) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie hors chirurgie esthétique (hors chirurgie réparatrice prise en charge par la sécurité sociale)

(6) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, 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, et USLD, unités de soins longue durée.

(7) Limité au forfait réglementaire en vigueur - Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

(8) 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

(9) Les conditions de renouvellement de la prise en charge d'un équipement optique composé de deux verres et une monture sont fixées par l'Arrêté du 03/12/2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de deux ans ;

- pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale d'un an ;

- pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible, à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 6 mois, 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 s'applique.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement et dans ce cas le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

**Par dérogation aux dispositions ci-dessus**, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

**Par dérogation enfin**, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

**La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :**

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

**Panachage des verres et monture :** un équipement peut être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

**Les forfaits équipement optique** intègrent le remboursement de la Sécurité sociale.

**Autres Equipements :** Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €, remboursement de la Sécurité sociale inclus.

(10) Limité à deux, par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(11) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour une couronne (hors inlay core et inlay-onlay). En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(12) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise), conformément à la réglementation en vigueur du « contrat responsable ».

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(13) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction

(14) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité Sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé mentionnés ci-dessus.

## Article 5 | Entreprises de moins de 50 salariés

Ce présent avenant s'applique à toutes les entreprises entrant dans le champ d'application de la convention collective nationale des activités de marchés financiers, quel que soit leur effectif.

En conséquence, le thème de négociation du présent avenant ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

Ainsi, dans le cadre de la demande d'extension et conformément aux dispositions de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les parties signataires indiquent expressément que l'ob-

jet du présent avenant ne justifie pas de mesure spécifique pour les entreprises de moins de 50 salariés.

## **Article 6 | Date d'effet, dépôt et extension**

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée et s'appliquera le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suivra la publication de son arrêté d'extension au *Journal officiel* de la République française.

Il peut faire l'objet d'une révision de tout ou partie de son contenu dans les formes et délais prévus par les stipulations conventionnelles en vigueur et dans le respect des dispositions des articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail.

Il sera établi en un nombre suffisant d'exemplaires pour être remis à chacune des parties signataires.

Le présent avenant fera l'objet des formalités de dépôt dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6, L. 2261-1 et D. 2231-2 du code du travail ainsi que les formalités nécessaires à son extension.

*Fait à Paris, le 3 décembre 2024.*

(Suivent les signatures.)