

Accord du 3 juillet 2025

relatif à l'instauration d'un régime professionnel de santé

NOR : ASET2550809M

IDCC : 1412

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

SNEFCCA,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

FGMM CFDT ;

CFTC métallurgie;

FO métallurgie,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé issue de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, dite de sécurisation de l'emploi, les partenaires sociaux de la branche ont mis en place, par accord de branche en date du 3 juin 2015, un régime frais de santé collectif et obligatoire au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016, avec la volonté d'instaurer des prestations présentant un degré élevé de solidarité.

Cet accord ayant été conclu pour une durée de 5 années au maximum, il a cessé de produire ses effets au 31 décembre 2020.

Face à ce constat, les parties à la négociation ont souhaité sécuriser l'efficacité de cette couverture en concluant un nouvel accord visant à définir un socle minimal de garanties au profit des salariés de la branche.

Le présent régime mettant en œuvre des prestations présentant un degré élevé de solidarité, les employeurs devront avoir souscrit au profit des salariés visés à l'article 3, un contrat collectif d'assurance obligatoire en matière de frais de santé, conforme aux dispositions du présent accord à compter de sa date d'effet.

Les entreprises disposant d'un régime frais de santé moins favorable, devront adapter leur couverture afin de se conformer à l'ensemble des stipulations énoncées ci-après.

Article 1^{er} | Champ d'application

Le présent accord instaure un régime professionnel de remboursement des frais de santé (dénommé régime professionnel de santé [RPS]) au sein des entreprises entrant dans le champ d'application territorial et professionnel de la convention collective des entreprises d'installation sans fabrication, y compris entretien, réparation, dépannage de matériel aéronautique, thermique, frigorifique et connexes (code IDCC 1412).

Article 2 | Objet

Cet accord a pour objet la généralisation, dans toutes les entreprises de la branche, des garanties minimales obligatoires définies ci-après, la répartition du financement de la couverture entre l'employeur et les salariés ainsi que les mécanismes de solidarité professionnelle mise en œuvre.

Article 3 | Bénéficiaires

Le présent régime et ses garanties s'appliquent obligatoirement, dès leur date d'embauche, à l'ensemble des salariés de la totalité des entreprises relevant du champ d'application du présent accord.

Sont concernés les salariés en activité, les salariés en arrêt de travail pour maladie ou accident indemnisés par la sécurité sociale, les salariés durant leur congé de maternité ou de paternité, les salariés en formation ainsi que tous les salariés visés à l'article 3.1.

Conformément à l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être exercées par les salariés dans des cas limitatifs. Elles sont définies à l'article 3.2 et mises en œuvre selon des modalités de l'article 3.3.

Les partenaires sociaux souhaitent rappeler qu'en cas de non-respect des dispositions du présent article, les entreprises s'exposent pour elles-mêmes et pour l'ensemble des salariés affiliés au régime à un redressement fiscal et/ou social.

Article 3.1 | Bénéficiaires à titre obligatoire

Sont bénéficiaires du régime de base conventionnel obligatoire de frais de santé :

- l'ensemble des salariés de l'entreprise, sans condition d'ancienneté ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour maladie ou accident (y compris accident du travail ou maladie professionnelle) et indemnisés par la sécurité sociale ;
- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant la période, d'un maintien de salaire total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées pour partie par l'entreprise ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur ;
- les mandataires sociaux titulaires d'un contrat de travail ou qui, à défaut, sont assimilés à des salariés sur le fondement de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

Article 3.2 | Dispenses admises pour les bénéficiaires à titre obligatoire

En application de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et en sus des dispenses d'ordre public, peuvent demander par écrit à l'employeur, une dispense d'affiliation au régime de remboursement conventionnel frais de santé :

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

- les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour le même type de garanties ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (complémentaire santé solidaire [C2S]). La dispense prend fin dès que le salarié ne bénéficie plus de cette couverture ;
- les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé (à titre principal ou d'ayants droit) au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition d'en 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 d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (notamment salariés à employeurs multiples ou en qualité d'ayants droit affiliés à titre obligatoire).

De surcroît, en application de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, les salariés éligibles peuvent demander l'application du dispositif dit « versement santé ».

Article 3.3 | Modalités de mise en œuvre des dispenses

La mise en œuvre de l'un de ces cas de dispense ne peut avoir lieu que sur demande expresse auprès de l'employeur formulée par le salarié concerné, qui devra produire toute pièce lui permettant de justifier de sa situation. À défaut d'une telle demande, dans les conditions définies ci-après, le salarié sera obligatoirement affilié au régime conventionnel obligatoire.

Cette demande doit comprendre la mention selon laquelle l'employeur a informé le salarié des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra pas bénéficier du contrat frais de santé mis en place au sein de l'entreprise, ni de la portabilité des garanties frais de santé prévues par ce contrat en cas de cessation de son contrat de travail.

Le salarié ne bénéficie plus de la dispense d'affiliation :

- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'ouvrant droit au bénéfice de l'une des dispenses d'affiliation définies ci-dessus ;
- à la date à laquelle il souhaite renoncer à sa dispense d'affiliation, à condition d'en faire la demande par écrit à son employeur. Le salarié sera tenu de communiquer à son employeur, au moins une fois par an, les informations permettant de justifier sa situation. À défaut de justificatif, l'employeur procédera à son affiliation.

Le salarié aura également la possibilité de revenir à tout moment sur sa décision et de solliciter, par écrit, auprès de son employeur, son adhésion au régime conventionnel. Dans ce cas, son adhésion prendra effet au premier jour du mois qui suit la demande.

Article 3.4 | Cas particuliers des salariés à temps partiel et apprentis

Les salariés à temps partiel dont la cotisation au régime serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute et les apprentis percevant une rémunération inférieure ou égale à 50 % du Smic peuvent bénéficier d'une participation au financement de leur cotisation par la solidarité du régime professionnel de santé conformément au 1° de l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

Cette participation financière est assurée par la solidarité du régime.

Les ayants droit du salarié (tels que définis ci-dessous) doivent avoir accès auprès de l'organisme assureur sélectionné par l'employeur, à des extensions facultatives souscrites individuellement par chaque salarié.

Les entreprises pourront également faire le choix, auprès de l'organisme assureur sélectionné par l'employeur, de couvrir le salarié et sa famille à titre obligatoire.

a) Lorsque seule l'adhésion du salarié est obligatoire, les salariés peuvent étendre la couverture de la garantie frais de santé dont il bénéficie à :

- leur conjoint, concubin ou pacsé (tels que définis ci-dessous) et/ou ;
- à leur(s) enfant(s) à charge (tels que définis ci-dessous).

b) Lorsque l'adhésion du salarié et de sa famille est obligatoire, la couverture de la garantie frais de santé bénéficie à l'ensemble de ses ayants droit.

Sont ayants droit du salarié bénéficiaire à titre obligatoire :

- le conjoint du salarié non divorcé ou non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) à la date de l'événement donnant lieu à prestation ;
- à défaut, le partenaire lié au salarié par un pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- à défaut, la personne vivant en concubinage avec le salarié. Conformément à l'article 515-8 du code civil, le concubinage est une union de fait caractérisé par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple, sous réserve qu'ils soient libres de tout engagement (mariage ou Pacs) ;
- les enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du salarié :
 - les enfants du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du salarié (c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien) et satisfait à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans, être non-salariés et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale du salarié, de son conjoint, de son partenaire lié par un Pacs ou de son concubin ;
 - être âgés de moins de 21 ans, être non-salariés et bénéficier d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du salarié ;
 - être âgés de moins de 26 ans, et sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation :
 - être à la recherche d'un premier emploi et être inscrit à ce titre à France Travail ;
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel ;
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ;
 - être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé ;
 - quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire ;
 - les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le salarié verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Article 4 | Les garanties du régime professionnel de santé

Les garanties prévues par le régime professionnel de santé comprennent des prestations santé couvrant le remboursement des frais de santé, des actes de prévention ainsi qu'une garantie assistance santé établis respectivement aux articles 4.1, 4.2 et 4.3 et en annexe 1 et 2.

Les seules limites ou exclusions de garanties sont mentionnées à l'article 4.1.2.

La cotisation à la garantie santé du régime fait bénéficier le salarié de l'ensemble des garanties proposées par le régime professionnel de santé (garantie santé + garantie assistance + actes de prévention).

Pour ouvrir droit aux prestations, le salarié doit faire partie de la population couverte telle que définie à l'article 3 du présent accord.

Les entreprises pourront souscrire librement à des niveaux de prestations supérieurs à ceux détaillés ci-après.

Concernant les salariés, les droits à garantie sont ouverts pour tous les frais engagés au cours de la période de garantie, et ce quelle que soit la date de la maladie ou de l'accident qui est à l'origine des soins.

Concernant les personnes couvertes à titre facultatif dans le cas où l'adhésion du salarié seul est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts au plus tôt :

- à la même date que ceux du salarié si le choix est fait lors de l'affiliation de ce dernier ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception par l'organisme assureur de la demande d'extension familiale, si elle est faite à une date différente de l'affiliation du salarié.

Lorsque l'adhésion du salarié et de sa famille est obligatoire, les droits à garantie sont ouverts :

- à la même date que ceux du salarié ;
- à la date de l'événement dans le cas d'une adhésion suite à un changement de situation de famille.

Article 4.1 | La garantie frais de santé du régime professionnel de santé

Article 4.1.1 | Liste des prestations de la garantie santé du régime professionnel de santé

Les garanties minimales frais de santé figurant en annexe 1 sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par les articles L. 871-1 et suivants et à ses textes d'application. Elles sont également conformes aux dispositions de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et à ses textes d'application.

À ce titre, elles prennent en charge l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins 100 % santé.

Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement de la sécurité sociale française, dès lors qu'elle intervient. Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réels engagés.

Article 4.1.2 | Limites et exclusions de garanties

La garantie santé du régime professionnel de santé telle que définie précédemment ne s'applique pas dans les deux cas suivants :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique qui ne donnent pas lieu à garanties ;

- les dépassements d'honoraires non déclarés à la sécurité sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements qui ne sont pas pris en charge.

Par ailleurs, la garantie frais de santé respecte les conditions énumérées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Dès lors, les pénalités financières appliquées hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales ne donnent pas lieu à remboursement.

En outre, sont exclues de la garantie toutes les dépenses, soins ou interventions, non prises en charge par la sécurité sociale, sauf pour les cas expressément prévus dans le tableau de garanties.

Le total des remboursements du régime de base de la sécurité sociale, du présent régime complémentaire et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières et la contribution forfaitaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

Article 4.2 | *Les actes de prévention du régime professionnel de santé*

Le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention définis dans le tableau figurant en annexe 2.

Afin d'assurer l'équilibre structurel des garanties de la branche, le régime professionnel de santé met en œuvre une politique active de prévention dont les orientations sont définies à l'article 8 dans le cadre de la solidarité du régime professionnel de santé.

Article 4.3 | *La garantie assistance santé du régime professionnel de santé*

Chaque bénéficiaire du régime professionnel de santé bénéficie d'une garantie dite « assistance santé » notamment en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation, de décès dont les conditions sont définies contractuellement par l'assisteur.

Elle permet aussi l'accès à des conseils en cas de litiges suite à un acte médical ou un produit de santé.

Article 5 | *Maintiens et conditions de suspension des garanties du régime professionnel de santé*

Article 5.1 | *Maintien des garanties du régime professionnel de santé dans le cadre de la portabilité*

Les salariés bénéficient du maintien à titre gratuit des garanties du régime en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage (dispositif appelé « portabilité santé ») dans les conditions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder 12 mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien de garanties, des conditions prévues au présent article, en fournissant également les justificatifs mentionnés ci-après ;

- l’employeur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail et informe l’organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficiaient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail.

Pour la mise en œuvre du dispositif auprès de l’organisme assureur, l’employeur doit adresser à ce dernier une demande nominative de maintien de garantie pour chaque ancien salarié.

Pour bénéficier du maintien, le salarié doit fournir l’ensemble des justificatifs qui lui sont demandés par l’organisme assureur, et notamment le justificatif de versement des allocations chômage du mois correspondant à celui pour lesquelles les prestations sont dues.

En outre, l’ancien salarié doit l’informer de la cessation du versement des allocations du régime d’assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de portabilité des droits.

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse à la date à laquelle l’ancien salarié ne bénéficie plus, définitivement et totalement des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes de France Travail, de décès).

La suspension des allocations du régime d’assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n’a pas d’incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d’autant.

Ce dispositif de maintien de couverture est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations des salariés actifs (part patronale et part salariale).

Article 5.2 | *Maintien des garanties du régime professionnel de santé aux anciens salariés non bénéficiaires de la portabilité ou ayants droit*

Article 5.2.1 | *Bénéficiaires de ce maintien*

Conformément aux dispositions de l’article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin, les garanties du régime professionnel de santé peuvent être maintenues, sans condition de période probatoire ni d’examens ou questionnaires médicaux, au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires de prestations d’incapacité ou d’invalidité ;
- les anciens salariés bénéficiaires d’une pension de retraite ;
- les anciens salariés privés d’emploi bénéficiaires d’un revenu de remplacement ;
- les personnes garanties du chef de l’assuré décédé.

Le régime professionnel de santé élargit le bénéfice du maintien des garanties au profit des anciens salariés privés d’emploi non bénéficiaires d’un revenu de remplacement.

Article 5.2.2 | *Conditions de ce maintien*

Les tarifs applicables aux personnes susvisées ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs selon les conditions fixées par le décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 relatif à l’application de l’article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Une partie des bénéficiaires peut voir leur cotisation réduite grâce à la solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé.

Sous réserve d’être informé par l’employeur, lors de la cessation du contrat de travail, ou lors du décès du salarié, l’organisme assureur adressera la proposition de maintien individuel de la couverture aux intéressés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessa-

tion du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité santé exposé à l'article 5.1, ou du décès du salarié.

Les intéressés peuvent en faire directement la demande auprès de l'organisme assureur dans les 6 mois suivant la cessation du contrat de travail ou le décès du salarié ou, le cas échéant, à l'issue de la période de portabilité santé telle que mentionnée à l'article 5.1.

Par ailleurs, les prestations maintenues seront identiques à celles prévues par le présent accord au profit des salariés.

Le nouveau contrat prévoit que la garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Article 5.3 | Conditions de maintien des garanties du régime professionnel de santé en cas de suspension du contrat de travail

Article 5.3.1 | Suspension des garanties du régime professionnel de santé

Le bénéfice des garanties du présent accord est suspendu de plein droit pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à 30 jours.

La suspension intervient au trente-et-unième jour de cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du salarié concerné.

Article 5.3.2 | Cas de maintien des garanties du régime professionnel de santé

L'adhésion des salariés, y compris leurs ayants droit le cas échéant, est maintenue obligatoirement en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire total ou partiel ;
- 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 ;
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. 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 toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans cette hypothèse, l'employeur versera une contribution calculée selon les règles applicables pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement le salarié continuera à s'acquitter de sa propre part de cotisation.

En outre, les garanties du présent régime peuvent être maintenues à la demande des salariés dont le contrat de travail a été suspendu en dehors des cas mentionnés ci-dessus, sous réserve que le salarié s'acquitte seul de l'intégralité de la cotisation au titre du régime frais de santé, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 6 | Financement

Les entreprises relevant du champ d'application du présent accord devront respecter une prise en charge minimale à hauteur de 50 % de la cotisation globale correspondant à la couverture obligatoire mise en place dans l'entreprise, étant rappelé que cette dernière ne peut être moins favorable que celle prévue par l'article 4 du présent accord.

La cotisation des salariés diffère en fonction de leur régime d'affiliation : soit ils relèvent du régime général d'assurance maladie, soit ils relèvent du régime local d'Alsace-Moselle.

Afin de maintenir un niveau de couverture global, régime de base plus régime complémentaire, identique pour tout salarié en France, quel que soit le département dans lequel il exerce ses fonctions, les cotisations des salariés bénéficiaires du régime local Alsace-Moselle sont réduites en conséquence.

Les cotisations doivent être exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale selon une des structures suivantes au choix de l'entreprise :

- salarié (à titre obligatoire) ;
- extension facultative conjoint ;
- extension facultative enfant avec gratuité à compter du 3^e enfant.

Si l'entreprise choisit de faire bénéficier des garanties du régime professionnel de santé l'ensemble de la famille du salarié à titre obligatoire, la structure de cotisation sera de type famille en obligatoire (ou taux uniforme).

Article 7 | Garanties présentant un degré élevé de solidarité

Le régime professionnel de santé prévoit l'obligation de proposer à tous les salariés et ayants droit de la branche professionnelle le bénéfice d'une action sociale dite institutionnelle, sur présentation de dossiers dûment motivés par des situations difficiles.

Elle est mise en œuvre et financée par l'organisme en charge de l'assurance du régime de l'entreprise.

Au-delà de l'action sociale institutionnelle, un degré élevé de solidarité, spécifique au régime professionnel de santé, est mis en œuvre.

À ce titre, le régime professionnel a pour vocation de permettre aux entreprises de bénéficier des actions et d'outils à caractère non directement contributif.

À cette fin, le présent accord institue des prestations présentant un degré élevé de solidarité financées par un prélèvement de 2 % des cotisations.

De ce fait, tout employeur devra affecter 2 % des cotisations du contrat collectif d'assurance souscrit à titre obligatoire pour la couverture des garanties santé au financement de prestations présentant un degré élevé de solidarité, quel que soit l'organisme assureur auprès duquel il sera assuré.

Article 8 | Actions de solidarité spécifiques

La solidarité mise en œuvre par le régime professionnel de santé peut prévoir :

- une participation financière forfaitaire pour les salariés à temps partiel dont la cotisation représente au moins 10 % de leur rémunération brute (comme définie au sein de l'article 3) et pour les apprentis percevant une rémunération brute inférieure ou égale à 50 % du Smic ;
- le bénéfice de conditions tarifaires plus favorables que les prescriptions légales pour les anciens salariés non retraités bénéficiaires de la structure d'accueil au titre de la loi Évin comme défini à l'article 5 ;
- l'élargissement de la structure d'accueil précédemment décrite aux salariés privés d'emploi non bénéficiaires d'un revenu de remplacement et aux salariés en suspension de contrat de travail non rémunérés tel que le prévoit l'article 5 ;
- le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés ;

- les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;
- la prise en charge de prestations d'action sociale pouvant comprendre notamment :
 - 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 ;
 - à titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

Article 9 | Durée

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée. Il pourra faire l'objet d'une révision à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, sous réserve qu'une demande motivée soit transmise à chacune des parties signataires.

Article 10 | Notification. Dépôt. Extension

Le présent avenant sera, conformément aux dispositions du code du travail, notifié aux organisations syndicales représentatives et au terme d'un délai de 15 jours à compter de cette notification et à défaut d'opposition, il sera procédé dans les meilleurs délais aux formalités légales en vue du dépôt, puis de l'extension du présent accord.

Article 11 | Date d'effet

Le présent accord entrera en vigueur à compter du lendemain de la publication de l'arrêté d'extension au *Journal officiel*.

Le présent accord sera déposé et fera l'objet d'une demande d'extension à l'initiative de la partie la plus diligente dans les conditions prévues par le code du travail.

En application des dispositions de l'article L. 2253-1 du code du travail, les parties signataires rappellent que les accords d'entreprise ne peuvent comporter de clauses dérogeant à celles du présent accord, à moins de dispositions plus favorables ou de garanties au moins équivalentes.

Article 12 | Disposition particulière pour les entreprises occupant moins de 50 salariés

En application de l'article L. 2261-23-1 du code du travail, les signataires conviennent que le contenu du présent accord ne justifie pas de prévoir de dispositions spécifiques aux entreprises de moins de cinquante (50) salariés visées à l'article L. 2232-10-1 du code du travail, dans la mesure où l'accord a vocation à s'appliquer uniformément à toutes les entreprises de la branche, quelle que soit leur taille.

Fait à Paris, le 3 juillet 2025.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Tableau des garanties

Les remboursements indiqués s'entendent y compris remboursement de la sécurité sociale dans la limite des frais engagés.

BR : base de remboursement de la sécurité sociale.

SS : montant remboursé par la sécurité sociale.

DE : dépense effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la sécurité sociale.

TM : ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale : montant en euros qui sert de référence pour le calcul des prestations et qui évolue chaque année.

DPTM : 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 est à la disposition de tous.

100 % santé : tel que définis réglementairement, dispositif 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 réglementairement 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 maximum fixés.

(Voir page suivante.)

| | | BASE CONVENTIONNELLE |
|---|--|----------------------|
| HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2) | | |
| Frais de séjour | | 100 % BR |
| Honoraires | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR |
| | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* | 100% BR |
| Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ | Non remboursé par la Sécurité sociale | 100 % DE |
| Forfait Patient urgence ⁽³⁾ | | Sans reste à charge |
| Chambre particulière (y compris en maternité) ⁽⁴⁾ Non remboursé par la Sécurité sociale | Par nuitée | 30 € |
| | Par journée (hospitalisation en ambulatoire) | 30 € |
| Lit d'accompagnant ⁽³⁾ Non remboursée par la Sécurité sociale | Par bénéficiaire âgé de moins de 12 ans - par nuitée | 25 € |
| Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques | | 100 % DE |
| SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non | | |
| Honoraires médicaux : Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100% BR |
| | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100% BR |
| Honoraires médicaux : Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste à l'exception des psychiatres, neuropsychiatres, neurologues | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 125% BR |
| | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| Honoraires médicaux : Consultation / visite / consultation en ligne chez un psychiatre, neuropsychiatre, neurologue | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| | | |
| | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| Honoraires médicaux : Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale | | 100 % BR |
| Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques | | 100 % DE |
| Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel | Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| | Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR |
| Honoraires paramédicaux | Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes | 100 % BR |
| Analyses et examens de laboratoire | | 100 % BR |
| Ostéodensitométrie | | 100 % BR |

| | | |
|--|--|---|
| Matériel médical | Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique | 100 % BR |
| Frais de transport sanitaire | Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁵⁾ | 100 % BR |
| Pharmacie | Médicaments remboursés à 65% | 100 % BR |
| | Médicaments remboursés à 30% | 100 % BR |
| | Médicaments remboursés à 15% | 100 % BR |
| Assistance santé | Garanties assurées par l'assisteuse | Oui |
| | Consultation/visite/consultation en ligne de psychologue remboursée par la Sécurité sociale (dispositive « Mon soutien Psy ») ⁽⁶⁾ | inclus |
| DENTAIRE auprès d'un professionnel | | |
| Soins et prothèses 100 % santé ⁽⁷⁾ | | sans reste à payer |
| Soins autres que 100 % santé | Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie | 100 % BR |
| | Inlay/onlay remboursés par la Sécurité sociale | 100 % BR |
| Prothèses autres que 100 % santé remboursée par la Sécurité sociale | Couronne | 140 % BR |
| | Inlay-core / inlay-core à clavette | 125 % BR |
| | Appareil dentaire 1 à 3 dents | 125 % BR |
| | Appareil dentaire complet (14 dents) | 125 % BR |
| | Bridge de 3 éléments | 140 % BR |
| Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale | Par semestre de traitement et par bénéficiaire | 125 % BR |
| Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale | Couronne ou adjonction de couronne, bridge, réparation sur prothèse - par an et par bénéficiaire | 100 € par prothèse (maximum de 3 prothèses) |
| OPTIQUE (Équipement = 1 monture + 2 verres) | | |
| Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux conditions générales | | |
| Équipement 100 % santé ⁽⁷⁾ (Classe A) | 1 monture + 2 verres de classe A | 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***** | |
| Équipement autre que 100 % Santé (Classe B) y compris le remboursement de la Sécurité sociale | Limite de remboursement Monture | 100 € |
| | Lunettes enfants jusqu'à 15 ans révolus de classe B (monture +2 verres) ⁽⁸⁾ | 200 € |
| | Lunettes adultes et enfants à compter du 16 ^e anniversaire, de classe B (monture + 2 verres) ⁽⁹⁾ | Voir Grille optique |
| Lentilles prescrites, remboursées, non remboursées et jetables | Par an et par bénéficiaire | TM pour les lentilles remboursées + 100 € |
| GRILLE OPTIQUE y compris remboursement Sécurité sociale | | |
| Adultes et enfants à compter du 16 ^e anniversaire, remboursement par verre | | |
| Verre Unifocal, Sphérique | | |
| sphère de -6 à +6 | | 55 € |
| sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10 | | 75 € |
| sphère < -10 ou >+10 | | 75 € |

| Verre Unifocal, Sphéro-cylindrique | |
|---|-------|
| cylindre <= +4, sphère de -6 à 0 | 55 € |
| cylindre <= +4, sphère > 0 et (Sphère + cylindre) <= +6 | 55 € |
| cylindre <= +4, sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6 | 75 € |
| cylindre <= +4, sphère < -6 ou >+6 | 75 € |
| cylindre > +4, sphère de 0 à +6 | 75 € |
| cylindre > +4, sphère > 0 et (Sphère + cylindre) <= +6 | 55 € |
| cylindre > +4, sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +6 | 75 € |
| cylindre > +4, sphère < -6 ou >+6 | 75 € |
| Verre Multifocal ou progressif sphérique | |
| sphère de -4 à +4 | 75 € |
| sphère < -4 ou >+4 | 105 € |
| Verre Multifocal ou Progressif Sphéro-cylindrique | |
| cylindre <= +4, sphère de -8 à 0 | 75 € |
| sphère > 0 et (Sphère + cylindre) <= +8 | 75 € |
| sphère > 0 et (Sphère + cylindre) > +8 | 105 € |
| cylindre > +4, sphère de -8 à 0 | 105 € |
| sphère < -8 ou >+8 | 105 € |
| Monture de lunettes | 70 € |

| AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT par oreille – Renouvellement tous les 4 ans | | |
|---|---|---------------------|
| Équipement 100 % Santé ⁽⁵⁾ (classe I***) | | Sans reste à charge |
| Équipement autre que 100 % Santé (classe II***) | Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale / par bénéficiaire | 100 % BR |
| Accessoires et fournitures | Piles non remboursées par la Sécurité sociales pour appareil auditif | 100% BR |

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

(2) 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 du code de la Sécurité sociale.

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

(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) SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation. En tant que service hospitalier, la SMUR assure en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SSAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

(6) Accompagnement psychologique par un psychologue partenaire dans la limite de 8 séances par bénéficiaires et par an (les tarifs sont de 40 euros pour l'entretien d'évaluation et de 30 euros pour les séances de suivi).

(7) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux conditions générales remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

(8) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé d'un équipement ou pour les enfants de moins de 16 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans le contrat.

**** Voir la liste réglementaire des options de la liste I et de la liste II dans le contrat.

***** Y compris le remboursement de la sécurité sociale

Annexe 2 Tableau des actes de prévention

Le régime professionnel de santé prend en charge, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des actes de prévention définis dans le tableau ci-dessous.

| | |
|--|-----|
| Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) | Oui |
| Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival en 2 séances maximum (SC12) | Oui |
| Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) (enfant de moins de quatorze ans) | Oui |
| Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) | Oui |
| Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de + de 50 ans pour un des actes prévus : – audiométrie tonale ou vocale ; – audiométrie tonale avec tympanométrie ; – audiométrie vocale dans le bruit ; – audiométrie tonale ou vocale ; – audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie. | Oui |
| Acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire limitée aux femmes de plus de 50 ans, 1 fois tous les 6 ans | Oui |
| Les vaccinations suivantes seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois. | Oui |