

## **Avenant n° 01-25 du 10 octobre 2025** relatif au régime de complémentaire santé collective et obligatoire

NOR : ASET2550868M

IDCC : 1261

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

**ELISFA,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFDT FNSSSSS,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Dans le cadre de la révision quinquennale du régime de complémentaire santé, les partenaires sociaux se sont accordés pour renégocier les dispositifs conventionnels de ce régime. Ainsi, le présent avenant a pour objet de réviser le chapitre XIV de la convention collective relatif au régime de complémentaire santé obligatoire applicable aux salariés de la branche des acteurs du lien social et familial.

Le nouvel avenant s'applique aux entreprises relevant de la branche des acteurs du lien social et familial comme un socle minimum de garanties.

### **Article 1<sup>er</sup> | Cadre juridique**

Le présent avenant a pour objet de remplacer le chapitre XIV intitulé « Complémentaire santé » de la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial.

Deux annexes complètent cet avenant, dénommées :

Annexe 1 « Tableau des garanties » ;

Annexe 2 « Définition des ayants droit ».

### **Article 2 | Champ d'application de l'avenant**

Le présent avenant s'applique à toutes les entreprises de la branche quel que soit leur effectif.

En effet, les garanties initialement prévues dans le cadre de cet avenant s'appliquent aux entreprises indépendamment du nombre de salariés équivalent temps plein. Il n'y a donc pas lieu de prévoir des dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de 50 salariés dans le cadre d'accord type compte tenu du fait que le thème de négociation du présent avenant, à savoir la complémentaire santé, ne peut donner lieu à des stipulations différentes selon l'effectif de l'entreprise.

### **Article 3 | *Objet de l'avenant***

Le chapitre XIV intitulé « Complémentaire santé » sera composé de 12 articles rédigés comme suit :

#### **« Preamble »**

La complémentaire santé obligatoire permet, notamment, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation en complément du régime de base de la sécurité sociale.

Afin d'assurer une meilleure mutualisation des risques, les partenaires sociaux décident de recommander cinq organismes. Ces organismes ont été choisis à la suite d'une procédure de mise en concurrence transparente.

Le présent chapitre prévoit un régime de base qui constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal, ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables.

Ce régime répond aux objectifs suivants :

- la mutualisation des risques au niveau professionnel qui permet de pallier les difficultés rencontrées par certaines entreprises de la profession, généralement de petite taille, lors de la mise en place d'une protection sociale complémentaire ;
- l'accès aux garanties collectives, pour tous les salariés de la branche, sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé ;
- l'organisation d'un niveau de couverture complémentaire santé obligatoire conforme aux besoins de la branche ;
- la prévision du mécanisme de portabilité des droits instaurée par la loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi ;
- l'affectation d'une partie du budget du régime à une politique d'action sociale et de prévention adaptée aux métiers de la branche, et menée en collaboration avec tous les autres dispositifs d'action sociale mis en œuvre par les organismes spécifiquement dédiés à la branche.

L'ensemble des organismes assureurs recommandés propose des garanties définies paritairement. Ces contrats de garanties collectives sont identiques auprès des cinq organismes recommandés.

Ce présent chapitre est complété par le protocole technique et financier, et par le protocole de gestion administrative. Ces protocoles sont communs aux organismes assureurs et conclus dans les mêmes conditions.

Les modalités de gestion sont précisées dans le contrat d'assurance collective conclu avec chacun des organismes recommandés.

#### **Article 1<sup>er</sup> | *Adhésion du salarié***

##### **1.1. Définition des bénéficiaires**

Les bénéficiaires de cette couverture complémentaire santé collective sont les salariés y compris les assistant(e)s maternel(le)s relevant de la convention collective des acteurs du lien social et familial à titre obligatoire et le conjoint ou l'enfant à

titre facultatif. L'accès au régime complémentaire se fait sans condition d'ancienneté au sein de l'entreprise.

## 1.2. Dispenses d'affiliation

Le salarié peut dans certaines conditions demander à être dispensé d'adhésion. Deux types de dispenses peuvent être distingués.

### a) Cas de dispenses dites "de droit" (ordre public)

Les dispenses d'ordre public peuvent être sollicitées par le salarié ne souhaitant pas s'inscrire au contrat collectif sans opposition de l'employeur. Ces cas de dispenses sont ouverts pour :

- le salarié embauché avant la mise en place par décision unilatérale du régime prévoyant une cotisation salariale ;
- le salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire santé solidaire (C2S). Cette dispense jouant jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- le salarié couvert par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, cette dispense ne pouvant jouer que jusqu'à l'échéance de ce contrat individuel ;
- le salarié couvert par une assurance individuelle "frais de santé" au moment de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne s'applique que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- le salarié qui bénéficie pour les mêmes risques, même en tant qu'ayant droit, du fait d'un autre emploi, d'une couverture collective relevant de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :
  - dispositif de garanties remplissant les conditions du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (régime complémentaire santé collectif et obligatoire) ;
  - contrats d'assurance de groupe dits "Madelin" issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
  - dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
  - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
  - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- le salarié en CDD ou contrat de mission dont la durée de la couverture santé collective obligatoire est inférieure à trois mois et qui justifie d'une couverture de santé "responsable".

Pour le cas de dispense précité à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le salarié nouvellement embauché pourra demander à être dispensé d'adhérer à la couverture complémentaire santé obligatoire de l'employeur si le régime de son conjoint prévoit une couverture soit obligatoire ou facultative du conjoint.

#### b) Cas de dispenses prévues par l'accord collectif

Conformément aux différents cas de dispense prévus par l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale et ne remettant pas en cause l'exonération de cotisations de sécurité sociale du régime de complémentaire santé obligatoire, il sera possible pour le salarié relevant de l'un des cas suivants, de demander à être dispensé de la couverture complémentaire santé obligatoire.

Ces cas de dispenses sont ouverts pour :

- le salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de couverture de frais de santé ;
- le salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois ;
- le salarié à temps partiel et apprenti dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute annuelle ;
- le salarié couvert par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut être valable que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- le salarié qui bénéficie par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, à condition de le justifier chaque année, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à l'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.

Il est précisé qu'un salarié ayant droit au titre de la couverture complémentaire santé dont bénéficie son conjoint, salarié dans une autre entreprise, ne pourra demander à être dispensé d'adhérer à la couverture complémentaire santé obligatoire de son employeur que si le régime de complémentaire santé de son conjoint prévoit une couverture obligatoire du conjoint. Cette disposition s'applique pour le salarié en cours de contrat.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurances souscrits auprès des assureurs recommandés devront prévoir la mise en œuvre de ces dispenses d'adhésion.

La cotisation des apprentis et des salariés bénéficiant d'un parcours emploi compétences est totalement prise en charge par le fonds d'action sociale conformément à l'article 8.4 du présent avenant, sous réserve des fonds disponibles.

#### c) Procédure pour bénéficier d'un cas de dispense

Le salarié souhaitant être dispensé de la complémentaire santé doit en faire la demande par écrit, auprès de l'employeur, qui la conservera. Cette demande doit indiquer le refus d'affiliation et le motif exact parmi les cas listés et être accompagnée des justificatifs nécessaires. Conformément aux obligations légales, l'employeur devra informer le salarié des conséquences de sa demande de dispense.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense du salarié concerné.

Cette demande de dispense doit être formulée dans :

- les trente jours suivant la mise en place de la couverture complémentaire santé obligatoire pour le salarié présent au moment de cette mise en place ou en cas de changement de situation personnelle du salarié ;
- les quinze jours suivant l'embauche du salarié.

L'absence de délivrance du justificatif dans les délais impartis entraîne l'affiliation automatique.

À défaut de demande de dispense, le salarié est affilié au premier jour du mois de l'embauche.

Le salarié est tenu de cotiser et de s'affilier à la complémentaire santé obligatoire mis en place dans son entreprise lorsqu'il cesse de justifier de sa situation d'exclusion.

Le salarié peut à tout moment revenir sur sa décision d'être dispensé de la complémentaire santé obligatoire et de solliciter par écrit l'affiliation auprès de son employeur.

#### *d) Versement santé*

Le versement santé pourra être versé au salarié qui justifie d'une couverture complémentaire santé individuelle et responsable et qui demande une dispense d'affiliation conformément aux dispositions de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale.

### **Article 2 | *Caractère responsable du contrat***

Le contrat d'assurance collective de complémentaire santé obligatoire respecte les dispositions des articles L. 871-1 et D. 871-1 et suivants du code de la sécurité sociale relatives au contrat d'assurance maladie complémentaire dit "responsables".

### **Article 3 | *Garanties***

Les garanties sont établies sous réserve des évolutions légales et réglementaires.

Le niveau des garanties ainsi que le taux de cotisation pourront être modifiés par accord entre la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation et les assureurs recommandés sur proposition de la commission paritaire santé et prévoyance.

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance souscrit auprès des organismes assureurs recommandés seront libres de fixer un niveau de prestation équivalent ou supérieur.

Le tableau des garanties mises en place au titre de la couverture complémentaire santé obligatoire est annexé au présent chapitre de la convention collective (annexe 1 "Tableau des garanties").

### **Article 4 | *Financement du contrat frais de santé***

#### **4.1. Structure de la cotisation**

Le salarié s'acquitte obligatoirement la part salariale de la cotisation "salarié isolé" servant au financement des garanties définies au présent chapitre, sous réserve des dispenses valablement accordées au titre de l'article 1.2 du présent chapitre.

Parallèlement à sa couverture obligatoire "salarié isolé", le salarié peut couvrir ses ayants droit de façon facultative. Les cotisations afférentes à cette extension de garantie sont entièrement à la charge du salarié, sous réserve des dispositions particulières de l'article 4.3 ci-après.

Les cotisations, les conditions et les modalités de mise en œuvre de cette couverture sont déterminées dans le contrat d'assurance sous le contrôle de la commission paritaire santé et prévoyance.

La définition des ayants droit est inscrite à l'annexe 2 du présent chapitre de la convention collective.

Toutes options facultatives, à la demande du salarié, venant compléter le régime obligatoire applicable seront à la charge exclusive de ce dernier.

Si un régime obligatoire plus favorable est mis en place dans l'entreprise, la répartition des cotisations est soumise aux dispositions prévues au paragraphe 4.3 ci-après.

## 4.2. Assiette de cotisation : montant ou taux

Les cotisations servant au financement de la couverture complémentaire santé obligatoire sont établies en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Ce plafond de la sécurité sociale évolue chaque année ce qui, de fait, impacte le montant de la cotisation.

Les cotisations ci-dessous définies sont fixées dans les conditions suivantes dans le cadre des contrats souscrits avec les organismes assureurs recommandés.

### 4.2.1. Régime général de sécurité sociale

	Régime complémentaire minimal obligatoire (Régime de base)	Option 1 en supplément du régime complémentaire minimal obligatoire	Option 2 en supplément du régime complémentaire minimal obligatoire
Salarié isolé obligatoire	1,60 % PMSS	0,58 %	1,09 %
Conjoint facultatif	1,71 % PMSS	0,58 %	1,09 %
Enfant facultatif	0,90 % PMSS	0,37 %	0,63 %

### 4.2.2. Régime local : Alsace-Moselle

	Régime complémentaire minimal obligatoire (Régime de base)	Option 1 en supplément du régime complémentaire minimal obligatoire	Option 2 en supplément du régime complémentaire minimal obligatoire
Salarié isolé obligatoire	1,21 %	0,58 %	1,09 %
Conjoint facultatif	1,17 %	0,58 %	1,09 %
Enfant facultatif	0,61 %	0,37 %	0,63 %

Conformément aux dispositions du décret du 8 septembre 2014 (n° 2014-1025), les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire. Les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

## 4.3. Répartition des cotisations

La cotisation "salarié isolé" est prise en charge par l'employeur et le salarié dans les proportions suivantes :

- part patronale : 60 % ;
- part salariale : 40 %.

L'employeur prend en charge 12 % de la cotisation du premier et du deuxième "enfant facultatif".

Les entreprises non adhérentes à l'un des contrats d'assurance auprès des assureurs recommandés devront en tout état de cause respecter une prise en charge par l'employeur à hauteur de 60 % de la cotisation "salarié isolé" correspondant à la couverture complémentaire santé obligatoire mise en place dans leur entreprise, ainsi qu'une prise en charge par l'employeur à hauteur de 12 % de la cotisation "enfant facultatif" du premier et du deuxième enfant.

## Article 5 | *Maintien de la complémentaire santé et suspension du contrat de travail*

a) Les garanties définies au régime de complémentaire santé seront maintenues pour le salarié dans les cas suivants, en contrepartie du paiement des cotisations salariales et patronales :

- congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption ;
- arrêt maladie donnant lieu au maintien de salaire incluant le délai de carence comme visé par les dispositions conventionnelles ;
- accident du travail, accident de trajet ou de maladie professionnelle ;
- exercice du droit de grève ;
- congés de solidarité familiale et de soutien familial ;
- congés payés légaux, conventionnels et exceptionnels.

En tout état de cause les garanties seront maintenues en cas de suspension du contrat de travail, avec maintien du salaire total ou partiel ou versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur versées directement par lui ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou période d'activité partielle, partielle longue durée ou congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité) donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement.

L'entreprise verse une contribution identique à celle versée pour le salarié actif pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisé. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à s'acquitter de sa part de cotisation. Dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur conformément au *b* du présent article.

b) En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur (notamment en cas de congé sabbatique, congés sans solde, congé parental d'éducation total), la couverture complémentaire santé obligatoire pourra être maintenue à la demande du salarié dès la suspension du contrat de travail, sous réserve du paiement par ce dernier de la totalité de la cotisation.

Dans une telle hypothèse, le salarié doit faire la demande de ce maintien de la couverture complémentaire santé à l'organisme assureur.

c) Dans les cas décrits au *b*, dès lors qu'il n'y a pas maintien de salaire total ou partiel par l'employeur, le salarié devra s'acquitter de sa contribution directement auprès de l'organisme assureur.

Le salarié visé dans le *b* pourrait bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle de la cotisation globale dans le cadre des mesures d'action sociale mise en place par l'article 8 du présent chapitre.

## Article 6 | *Portabilité de la complémentaire santé cessation des garanties. Dispositions particulières concernant le maintien de la garantie frais de santé*

### 6.1. Maintien des garanties au titre de la portabilité

Le salarié qui remplit les conditions définies à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale pourra bénéficier de la portabilité de la couverture complémentaire santé obligatoire pendant la durée de sa période d'indemnisation du chômage, sans pouvoir dépasser la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont successifs chez le même employeur, dans la limite de douze mois.



Toutes les modifications éventuelles apportées aux dispositions contractuelles applicables au salarié actif, pendant la période de portabilité, seront opposables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires de la portabilité.

Le financement de cette portabilité fait partie intégrante de la cotisation prévue à l'article 4.2 de la couverture complémentaire santé obligatoire.

Ainsi, l'ancien salarié bénéficiaire du dispositif ne devra s'acquitter d'aucune cotisation à ce titre.

## **6.2. Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi Évin)**

Pour tout salarié, la garantie cesse d'être accordée au dernier jour du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le salarié à l'entreprise ou à l'expiration du dispositif de portabilité défini à l'article 6.1.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite "loi Évin"), une garantie frais de santé est proposée sans condition de durée, de période probatoire ni d'examens ou questionnaires médicaux au profit des personnes suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, les demandeurs d'emploi indemnisés par le régime d'assurance chômage, les ayants droit du salarié décédé, les bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;

Les intéressés doivent en faire la demande soit dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail, ou le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient (art. 6.1 du présent chapitre) ;

- les personnes garanties du chef d'un salarié décédé pendant une période minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'organisme assureur s'engage à ne pas appliquer, une cotisation : supérieure à celle des salariés actifs la première année, supérieure de plus de 25 % la deuxième année, et de plus de 50 % la troisième année. À compter de la quatrième année suivant la sortie du contrat collectif, l'organisme assureur retrouve la liberté de fixer le montant de la cotisation.

La commission paritaire santé et prévoyance assurera le suivi du régime de portabilité (art. 6.1 du présent chapitre) et du régime du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 (art. 6.2 du présent chapitre) en lien avec les organismes assureurs recommandés. Les modalités de suivi seront établies dans le cadre du protocole de gestion administrative.

## **Article 7 | *Cas des multi-employeurs***

Conformément à l'article R. 242-1-5 du code de la sécurité sociale, un salarié travaillant chez plusieurs employeurs a l'obligation d'en informer chacun de ses employeurs. Cette information est nécessaire afin que chaque employeur puisse se conformer aux obligations légales ou conventionnelles.

## **Article 8 | *Fonds d'action sociale***

### **8.1. Fonds d'action sociale**

Un fonds d'action sociale est mis en place pour l'ensemble des entreprises dans la branche professionnelle, destiné à financer les prestations non contributives présentant un degré élevé de solidarité.

Le financement s'effectue à hauteur de 2 % du montant de la cotisation.



## **8.2. Gestion du fonds d'action sociale**

Le fonds d'action sociale est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation et après validation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

## **8.3. Prestation du fonds d'action sociale**

Les partenaires sociaux décident des actions susceptibles d'être financées dans le cadre du fonds d'action sociale, en fonction des besoins des salariés affiliés au régime mutualisé qui sont identifiés en relation avec les organismes recommandés, ainsi qu'en fonction du niveau des ressources allouées à ce fonds dédié au vu des cotisations versées.

## **8.4. Prise en charge des cotisations au régime de complémentaire santé pour certains salariés**

En application des dispositions des articles R. 912-1 et R. 912-2 du code de la sécurité sociale, il est décidé la prise en charge totale de la cotisation au régime de complémentaire santé de :

- apprenti pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au *b* du 2° de l'article R. 242-1-6 ;
- apprenti dont la cotisation représente au moins 10 % de leurs revenus bruts, lorsque ceux-ci adhèrent au régime collectif obligatoire en vigueur dans l'entreprise ;
- salarié en contrat à durée déterminée bénéficiaire d'un parcours emploi compétences conformément aux dispositions des articles L. 5134-19-1 et suivants du code du travail.

Pour la prise en charge des cotisations, il est instauré un mécanisme de subrogation pour le salarié concerné par les dispositions du présent article.

Lorsque l'employeur a souscrit un contrat d'assurance chez l'un des organismes assureurs recommandés par la branche, ceux-ci dispensent du paiement des cotisations le salarié concerné.

L'organisme assureur demande le remboursement de la prise en charge des cotisations auprès de l'organisme gestionnaire du fonds d'action sociale conformément au protocole technique.

Cette mesure est applicable dans la limite des fonds disponibles au fonds d'action sociale.

## **8.5. Désignation d'un gestionnaire unique**

Conformément à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation décide de désigner un gestionnaire unique pour le pilotage du fonds d'action sociale en conformité avec le règlement du fonds.

Ce choix s'effectue à la suite d'une procédure de mise en concurrence des organismes assureurs recommandés et prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

## **8.6. Contrôle par la commission paritaire de branche**

Conformément à l'article R. 912-2 du code de la sécurité sociale, la commission paritaire santé prévoyance contrôlera la mise en œuvre des actions de prévention par les organismes chargés de leur réalisation et les aides versées dans les conditions prévues par le protocole technique.

## **Article 9 | *Suivi du régime de complémentaire santé***

### **9.1. Au niveau de la branche**

Le régime de couverture complémentaire santé obligatoire est administré par la commission paritaire santé et prévoyance, par délégation de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

Les organismes recommandés communiquent chaque année les documents, rapports financiers et analyses nécessaires aux travaux de suivi du régime de la commission paritaire santé et prévoyance, au plus tard au 1<sup>er</sup> juin suivant la clôture de l'exercice.

Les conditions de suivi technique sont précisées par les dispositions du protocole de gestion administrative.

En fonction de l'équilibre financier du régime et des évolutions législatives et réglementaires, après présentation des comptes par les organismes assureurs, les garanties et/ou cotisations pourront faire l'objet d'un ajustement négocié par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation.

### **9.2. Au niveau de l'entreprise**

Dans le cadre d'une gestion paritaire du régime mutualisé de complémentaire santé, les entreprises n'ayant pas souscrit un contrat dans le cadre de la recommandation définie au présent accord doivent fournir les comptes de résultats annuels du régime en vigueur dans l'entreprise et les porter à la connaissance du comité social et économique pour information.

L'établissement de ces comptes de résultats relevant d'une obligation de l'organisme assureur au titre de l'article 15 de la loi du 31 décembre 1989 dont le contenu est précisé dans le décret n° 90-769 du 30 août 1990.

## **Article 10 | *Révision des conditions de mutualisations et de la recommandation***

En application de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, les parties signataires procéderont à un réexamen du régime défini par le présent chapitre tous les 5 ans maximum à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026. À cette fin, les partenaires sociaux se réuniront au plus tard six mois avant l'échéance du terme.

Le réexamen interviendra sur la base des données fournies par les organismes assureurs dans le cadre du suivi du régime tel que défini à l'article 9 du présent chapitre.

Les parties ont la possibilité de remettre en cause à tout moment après la première année d'exécution le(s) contrat(s) souscrit(s) avec les organismes recommandés sans frais, ni pénalité. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande.

## **Article 11 | *Organismes recommandés***

Les organismes d'assurance sont recommandés après une procédure de mise en concurrence préalable conforme aux articles L. 912-1, et D. 912-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les partenaires sociaux recommandent aux entreprises couvertes par le champ d'application du présent chapitre, pour assurer la couverture complémentaire santé obligatoire, le(s) organisme(s) suivant(s) :

- AESIO mutuelle, mutuelle agréée pour pratiquer les activités du livre II du code de la mutualité, siège social : 173, rue de Bercy, 75012 Paris ;
- APICIL prévoyance, institution de prévoyance, régie par les dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, siège social : 51, boulevard Marius-Vivier-Merle, 69003 Lyon, France ;

- HARMONIE mutuelle, mutuelle agréée pour pratiquer les activités du livre II du code de la mutualité, siège social : 35, rue Claude-Bonnier, 33054 Bordeaux Cedex ;
- Mutuelle OCIANE MATMUT, mutuelle agréée pour pratiquer les activités du livre II du code de la mutualité, siège social : 143, rue Blomet, 75015 Paris ;
- SOLIMUT mutuelle de France, mutuelle interprofessionnelle agréée pour pratiquer les activités du livre II du code de la mutualité, siège social : Castel Office, 7, quai de la Joliette, 13002 Marseille.

#### **Article 12 | *Mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise***

Dans les entreprises dotées d'institution représentative du personnel, et comptant plus de cinquante salariés, les employeurs devront consulter les instances représentatives du personnel sur la mise en place ou la modification de la complémentaire santé obligatoire pour les entreprises. Dans les entreprises de moins de 50 salariés, l'employeur devra informer les instances représentatives du personnel. »

#### **Article 4 | *Révision***

Les dispositions du présent avenant pourront être révisées conformément aux dispositions légales et conventionnelles.

#### **Article 5 | *Entrée en vigueur, dépôt, extension***

Le présent avenant est à durée indéterminée.

Sous réserve de ne pas faire l'objet d'une opposition majoritaire, la date d'entrée en vigueur du présent avenant est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Il fera l'objet d'un dépôt auprès des services centraux du ministère chargé du travail, du plein emploi et de l'insertion.

Dans les conditions fixées par les articles L. 2261-15, L. 2261-24 et L. 2261-25 du code du travail, les signataires en demandent l'extension.

L'accord s'appliquera à l'ensemble de la branche professionnelle au premier jour du mois suivant la publication de son arrêté d'extension.

*Fait au Kremlin-Bicêtre, le 10 octobre 2025.*

(Suivent les signatures.)

Remboursement total dans la limite des Frais Réels inclus remboursement Sécurité sociale (sauf pour les forfaits)				
TABLEAU DE GARANTIES ALUSFA				
GARANTIES BASES CONVENTIONNELLES	Base		Base + Option 1	
	Base		Base + Option 2	
FRAIS D'HOSPITALISATION (limite annuelle de 25% du PASS par an et par bénéficiaire pour le non conventionné (hors Ticket Modérateur))				
Frais de séjour	200% BR		250% BR	
Honoraires (signataires D.P.T.M. (1))				
Actes de chirurgie (ADC)				
Actes d'anesthésie (ADA)	220% BR		220% BR	
Actes d'obstétrique (ACO)				
Actes techniques médicaux (ATM)				
Honoraires (non signataires D.P.T.M. (1))				
Actes de chirurgie (ADC)	200% BR		200% BR	
Actes d'anesthésie (ADA)				
Actes d'obstétrique (ACO)				
Actes techniques médicaux (ATM)				
Forfait Hospitalier	100% FR		100% FR	
Forfait actes lourds	100% FR		100% FR	
Chambre particulière conventionnée de jour (y compris maternité)	100% FR limité à 0,75% PMSS par jour		100% FR limité à 1,5% PMSS par jour	
Chambre particulière conventionnée de nuit (y compris maternité)	100% FR limité à 1,5% PMSS par nuit		100% FR limité à 3% PMSS par nuit	
Chambre particulière par jour:				
Non conventionnée (y compris maternité)			-	
Personne accompagnante: Conventionné	100% FR		100% FR	
Personne accompagnante: Non conventionné	limité à 1,5% PMSS		limité à 1,5% PMSS	
Non conventionné	-		-	
FRAIS MEDICAUX				
Consultation - visites : Généralistes signataires D.P.T.M. (1)	120% BR		140% BR	
Consultation - visites : Généralistes Non signataires D.P.T.M. (1)	100% BR		120% BR	
Consultation - visites : Spécialistes signataires D.P.T.M. (1)	220% BR		220% BR	
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires D.P.T.M. (1)	200% BR		200% BR	
Médecine douce : acupuncture, ostéopathie, étiopathie, homéopathie (Praticiens reconnus par les annuaires professionnels)	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire		25€/séance dans la limite de 5 séances par an/bénéficiaire	
Pharmacie	100% BR		100% BR	
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire)	1.5% PMSS		1.5% PMSS	
Analyses et examens de biologie	100% BR		100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR		100% BR	
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires D.P.T.M. (1)	145% BR		145% BR	
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires D.P.T.M. (1)	125% BR		125% BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires D.P.T.M. (1)	120%BR		120%BR	
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires D.P.T.M. (1)	100% BR		100% BR	
Orthopédie et autres prothèses	175%BR		175%BR	

PSYCHOLOGUES (DISPOSITIF MON PSY SANTE)		100% BR		100% BR		100% BR		100% BR		100% BR	
Conformément à la législation dans la limite de 12 séances à 50 € par bénéficiaire		Classe 1		Classe 2		Classe 1		Classe 2		Classe 2	
PROTHESES AUDITIVES		100% du PLV (2)		10% du PMSS par oreille		100% du PLV (2)		20% du PMSS par oreille		100% du PLV (2)	
Prothèses auditives (dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans)**		100% BR		100% BR		100% BR		100% BR		30% du PMSS par oreille	
Transport accepté par la Ss		100% BR								100% BR	
DENTAIRE											
Soins dentaires		100% BR						100% BR		100% BR	
Onlays/inlays**		170% BR						200% BR		250% BR	
Orthodontie :											
Acceptée par la Ss		250% BR						250% BR		350% BR	
Refusée par la Ss		-						-		250% BR	
		-						-		5% PMSS	
Parodontologie								12% PMSS		12% PMSS	
Implantologie (par an et par bénéficiaire)		Panier maîtrisé (**)		Panier libre		Panier 100%		Panier maîtrisé et panier libre (**)		Panier maîtrisé et panier libre (**)	
Prothèses dentaires remboursées par la Ss (4)** :		Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire (3)		370% BR		100% du PLV (2)		470% BR		470% BR	
Dents du sourire (Indisives, canines, prémolaires)		270% BR		125% BR		100% du PLV (2)		320% BR		100% du PLV (2)	
Dents de fond de bouche		170% BR		125% BR				200% BR		370% BR	
Inlays-core										250% BR	
Dans la limite de 1 500 € par an et par bénéficiaire (3)											
OPTIQUE											
Conditions de renouvellement et de définition des classes A et B conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018 et garanties dans les limites fixées par le décret du 12 janvier 2019											
Verres**		Grille optique Base Conventiennelle		Grille optique Option 1		Grille optique Option 2					
Monture adulte**											
Monture enfant**											
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)		3% PMSS		6% PMSS		7% PMSS					
Chirurgie réfractive (par œil)		22% PMSS		22% PMSS		32% PMSS					
ACTES DE PREVENTION											
Tous les actes des contrats responsables		100% TM				100% TM				100% TM	
ACTES DIVERS											
Cures thermales acceptées par la Ss par an et par bénéficiaire (hors thalassothérapie)		5% PMSS				10% PMSS				10% PMSS	
Ostéodensitométrie (par an et par bénéficiaire)		-				-				100 €	
Patchs anti-tabac (par an et par bénéficiaire)		2% PMSS				2% PMSS				4% PMSS	
Ss : Sécurité sociale.											
PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.											
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.											
BRR : Base de remboursement reconstituée.											
* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.											
** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV (2) fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.											
(1) D.P.T.M. : Médecins ayant adhéré au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée conformément aux contrats responsables											
(2) PLV : Prix Limite de Vente conformément au 100% Santé											
(3) Hors Panier 100% Santé Limité à 1 000 € (ou 1 250 € ou 1 500 €) par an et par bénéficiaire, au-delà la garantie appliquée est celle du décret n°2019-65 (125% BR), les devis prothétiques sont valables 6 mois.											
(4) Dents du sourire : Ce sont les incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.											
(5) Conformément à l'arrêté du 3 décembre 2018, le remboursement d'un équipement optique, composé d'une monture et de deux verres, n'est possible que tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, pour les cas spécifiques listés au point VIII, la prise en charge est annuelle.											

Montant Total de la Garantie Sécurité sociale incluse	BASE CONVENTIONNELLE				OPTION 1		OPTION 2		
	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant	Adulte/Enfant	Adulte	Enfant
	CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B		CLASSE A	CLASSE B	
UNIFOCAUX									
sphère de 0 à -/+2								85,00 €	60,00 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4								85,00 €	60,00 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		100% PLV (2)		100% PLV (2)			100% PLV (2)	105,00 €	70,00 €
sphère < -8 ou > +8								95,00 €	70,00 €
								125,00 €	100,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2								95,00 €	70,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		100% PLV (2)		100% PLV (2)			100% PLV (2)	95,00 €	70,00 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8								105,00 €	80,00 €
cylindre ≤ +4 sphère > -8 ; sphère > 0 et 8 < S								115,00 €	90,00 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0								135,00 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		100% PLV (2)		100% PLV (2)			100% PLV (2)	135,00 €	110,00 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25								145,00 €	120,00 €
cylindre > +4 sphère > -8								165,00 €	130,00 €
MULTIFOCAUX ET PROGRESSIFS								175,00 €	140,00 €
sphère de 0 à -/+2									
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4									
sphère de -4 à -12 ou de +4 à +12		100% PLV (2)		100% PLV (2)			100% PLV (2)		
sphère < -12 ou > +12									
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2									
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		100% PLV (2)		100% PLV (2)			100% PLV (2)		
cylindre ≤ +4 sphère de -12 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 12									
cylindre ≤ +4 sphère > -12 ; sphère > 0 et 12 < S									
cylindre > +4 sphère de -2 à 0									
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		100% PLV (2)		100% PLV (2)			100% PLV (2)		
cylindre > +4 sphère de -12 à -4,25									
cylindre > +4 sphère > -12									
MONTURES ET AUTRES LPP									
Verre neutre									
Monture									
TOUS SUPPLÉMENTS (conformément contrats responsables)									
Prisme incorporé adulte									
Prisme incorporé enfant									
Prisme souple enfant moins de 6 ans									
Antistopis Adulte									
Antistopis Enfant									
Iséloniques Adulte									
Iséloniques Enfant									
Filtre teinté									
Filtre ultraviolet moins de 18 ans									
Filtre occlusion partielle moins de 6 ans									
Adaptation verres de classe A									
Adaptation verres de classe B									
Appairage niveau 1									
Appairage niveau 2									
Appairage niveau 3									

## Annexe 2

Selon l'article 4.1 « structure de la cotisation », les ayants droit s'entendent comme :

- l'époux ou épouse de l'assuré, même séparé de corps, mais non divorcé, à condition de ne pas exercer d'activité ;
- la personne vivant en couple sans être mariée avec l'assuré (union libre ou pacte civil de solidarité [Pacs]) à condition d'être à sa charge effective, totale et permanente (une seule personne peut être désignée ayant droit au titre de ces deux premières définitions) ;
- les enfants fiscalement à charge du salarié sont rattachés à leurs parents assurés en qualité d'ayant droit sous certaines conditions :
  - un enfant de moins de 16 ans à la charge d'un de ses parents ou des 2 peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des 2 (double rattachement) ;
  - un enfant de 16 à 20 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des 2 s'il remplit au moins une des conditions suivantes :
    - poursuivre des études ;
    - être en apprentissage ;
    - être dans l'incapacité permanente de travailler (infirmité ou maladie chronique) ;
    - vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge effective, totale et permanente ;
  - un enfant de 20 à 26 ans peut être rattaché en qualité d'ayant droit d'un de ses parents ou des 2 s'il ne bénéficie pas à titre personnel d'un régime de protection sociale et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
    - être inscrit dans un établissement d'enseignement ;
    - recherche d'un premier emploi ou inscrit à Pôle emploi ;
    - avoir dû interrompre ses études primaires, secondaires ou technologiques pour cause de maladie.

Le rattachement aux parents est possible jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle le jeune a 26 ans.