

## **Avenant n° 109 du 25 février 2026**

relatif aux régimes de prévoyance et remboursement de frais de santé

NOR : ASET2650274M

IDCC : 1527

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

**FNAIM ;**

**UNIS,**

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

**CFTC CSFV ;**

**FS CFDT ;**

**UNSA FCDS,**

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

### **Préambule**

Le présent avenant modifie les dispositions suivantes de l'annexe III de l'avenant n° 91 de la CCN :

- le paragraphe relatif à la garantie obsèques de l'article « 1.2. Garantie décès » est remplacé comme suit ci-dessous ;
- les taux de cotisations visés à l'article « 1.7. Taux de cotisations des garanties incapacité de travail, invalidité, décès » sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2026 ;
- l'article « 2.1. Les prestations » relatif aux garanties « frais de santé » avec la prise en compte des dernières évolutions du contrat responsable, notamment au titre du 100 % santé ;
- le tableau des garanties « frais de santé » est également mis à jour des dernières évolutions du contrat responsable, notamment au titre du 100 % santé ;
- les taux de cotisations visés à l'article « 2.2. Taux de cotisations de la garantie remboursement de frais de santé » sont modifiés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2026.

**Article 1<sup>er</sup> | Garanties incapacité de travail, invalidité, décès**

**« 1.2. Garantie décès**

*Garantie obsèques*

En cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans et plus, il est prévu le versement d'une allocation égale à 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

L'allocation est versée à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif.

En cas de décès d'un enfant à charge âgé de moins de 12 ans, il est prévu le remboursement des frais d'obsèques réellement engagés, dans la limite de 150 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au moment du décès.

Le règlement est versé à celui qui a engagé et réglé les dépenses, sur production d'un justificatif. »

Ces modifications interviennent à compter du 1<sup>er</sup> avril 2026.

**« 1.7. Taux de cotisations des garanties incapacité de travail, invalidité, décès à compter du 1<sup>er</sup> avril 2026**

Assiette : traitement de base dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale.

Prestations	Taux de cotisation
Décès	0,20 %
Incapacité	0,23 %
Invalidité	0,23 %
Total cotisations prévoyance lourde	0,66 %

Seuls les taux de cotisation évoluent, les autres dispositions de cet article restent inchangées.

**Article 2 | Garantie "frais de santé"**

**2.1. Les prestations**

Les prestations qui incluent le remboursement de la sécurité sociale ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du salarié ou des bénéficiaires du régime, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Pour la maternité ou l'adoption, la garantie a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire.

La couverture "frais de santé" respecte les exigences posées par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits "responsables" et les décrets pris pour son application.

À ce titre, les nouvelles dispositions du cahier des charges du contrat responsable<sup>[1]</sup> (prise en charge renforcée des prothèses capillaires et des fauteuils roulants) sont automatiquement applicables dès leur entrée en vigueur.

[1] Décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025 prévoyant la participation des assurés aux frais de vaccination en laboratoire ainsi que l'accès sans reste à charge à certaines prothèses capillaires et à certains véhicules destinés à des personnes en situation de handicap.

## TABLEAU(X) DES GARANTIES RESPONSABLES

Les garanties ci-dessous sont définies à effet du **1er janvier 2026**.

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



	Prestations
<b>HOSPITALISATION en établissement conventionné ou non</b>	
<b>Frais de séjour</b>	100 % BR
<b>Honoraires</b>	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	
Forfait non remboursé par la Sécurité sociale sans limitation de durée	100 % DE
<b>Forfait patient urgence (1)</b>	Sans reste à payer
<b>Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques</b>	
Participation forfaitaire y compris soins courants	100 % DE
<b>Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (2)</b>	
Par nuitée	35 €
Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	35 €
<b>Frais d'accompagnant (lit, transport, repas) sur présentation d'une facture, non remboursé par la Sécurité sociale</b>	
Par bénéficiaire dont l'âge est < à 14 ans est ≥ à 70 ans - par nuitée	35 €
<b>Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)</b>	
Par enfant	10 % PMSS

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

(2) La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et / ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.



	Prestations
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b>	Sans reste à payer
<b>Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie)</b>	125 % BR
<b>Prothèses autres que 100 % Santé</b>	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	200 % BR
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	125 % BR
Inlay core et Inlay à clavette	200 % BR



	Prestations
<b>DENTAIRE</b>	
Couronnes et prothèses transitoires non remboursées par la Sécurité sociale - Par prothèse	-
<b>Implantologie</b>	
Forfait par an et par bénéficiaire	5 % PMSS
<b>Orthodontie</b>	
Remboursée par la Sécurité sociale (forfait/semestre de traitement/bénéficiaire)	250 % BR
Non remboursée par la Sécurité sociale	-



	Prestations
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Équipement 100 % Santé (Classe A)</b>	
1 monture + 2 verres	Sans reste à payer
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage des verres par l'opticien	Sans reste à payer
<b>Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)</b>	
Par bénéficiaire	
• Par verre simple	150 €
• Par verre complexe	225 €
• Par verre très complexe	250 €
• Par monture de lunettes	100 €
<b>Lentilles</b>	
Forfait par an et par bénéficiaire, remboursées ou non par la Sécurité Sociale	320 €
<b>Kératotomie</b>	
Forfait par an et par bénéficiaire	1 000 €



	Prestations
<b>AIDE AUDITIVE</b>	
<b>Équipement 100 % Santé (Classe I)</b>	Sans reste à payer
<b>Équipement autre que 100 % Santé (Classe II)</b>	
Plafond par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	1 700 € TTC
Par bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité (3)	1 400 €
Par bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans	400 €
<b>Accessoires et fournitures</b>	100% BR

(3) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>e</sup> après correction


**SOINS COURANTS**
**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

Consultation / visite / consultation en ligne chez un spécialiste

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 100 % BR

- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 100 % BR

Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques  
y compris à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale

Actes techniques médicaux

- Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 100 % BR

- Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée 100 % BR

Actes d'imagerie médicale

- 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

**Honoraires de psychologue**

Consultation / visite / consultation en ligne de psychologue  
remboursée par la Sécurité sociale (dispositif « Mon soutien Psy ») 100 % BR

**Analyses et examens de laboratoire** 100 % BR

**Matériel médical (hors aide auditive et optique)**

Equipement 100 % santé :

- Prothèses capillaires de Classe II Sans reste à payer

- Fauteuils roulants :  
Forfait de location de courte durée et de mise à disposition Sans reste à payer

Equipement autre que 100 % santé :

- Prothèses capillaires de Classe I 100 % BR

- Prothèses capillaires de Classe III (dans la limite des PLV) et de Classe IV 100 % BR

- Autres appareillages et prothèses médicales 100 % BR

**Frais de transport sanitaire**

Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR 100 % BR

**Médicaments**

Médicaments remboursés à 65 % 100 % BR

Médicaments remboursés à 30 % 100 % BR

Médicaments remboursés à 15 % 100 % BR

**Médecine additionnelle et de prévention non remboursée par la Sécurité sociale  
sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel**



	Prestations
<b>SOINS COURANTS</b>	
Acupuncteur, diététicien, ostéopathe, - par an et par bénéficiaire	100 €
<b>Prévention</b>	
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR

**BRSS** = 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-ACO (en Anesthésie, 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-ACO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**100 % Santé** :

Tel que défini réglementairement, dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives, prothèses dentaires, prothèses capillaires et forfait de location de courte durée et de mise à disposition d'un fauteuil roulant, 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 maximums fixés.

**HLF** = Honoraires Limite de Facturation :

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné dans le cadre du panier « 100 % Santé » et du panier « modéré ».

**PLV** = Prix Limite de Vente :

Prix maximum de vente à l'assuré social d'un dispositif médical. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives, les lunettes, les prothèses capillaires et le forfait de location de courte durée et de mise à disposition d'un fauteuil roulant dans le cadre du panier "100% Santé" ont des prix limites de vente (PLV) que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

**Mon soutien psy** :

Séances d'accompagnement par un psychologue conventionné, dans le cadre du dispositif « **Mon soutien psy** ». Pour prendre rendez-vous avec un psychologue partenaire, vous pouvez consulter l'annuaire en ligne sur [monsoutienpsy.ameli.fr](http://monsoutienpsy.ameli.fr).

**SMUR** = Structure mobile d'urgence et de réanimation.

## 2.2. Taux de cotisations de la garantie remboursement de frais de santé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2026

Tableau des cotisations

Régime général	Frais de santé obligatoire adulte	1,81 % PMSS <sup>[1]</sup>
	Frais de santé obligatoire enfant	1,01 % PMSS <sup>[1]</sup>
Régime Alsace-Moselle	Frais de santé obligatoire adulte	0,92 % PMSS <sup>[1]</sup>
	Frais de santé obligatoire enfant	0,60 % PMSS <sup>[1]</sup>
[1] PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale.		

Seuls les taux de cotisation évoluent, les autres dispositions de cet article restent inchangées. »

### Article 3 | **Entrée en vigueur. Formalités de dépôt**

Sous réserve des dispositions législatives sur l'exercice du droit d'opposition dans les conditions définies par la loi, les dispositions du présent avenant entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2026.

Il est précisé que les évolutions législatives ou réglementaires s'appliquent à leur date d'effet.

Il est procédé à la notification et au dépôt du présent avenant selon les dispositions en vigueur. Il s'incorpore à la convention collective nationale de l'immobilier, administrateurs de biens, sociétés immobilières, agents immobiliers. Il est donc régi par les mêmes modalités de suivi, révision et dénonciation.

Compte tenu de l'objet de l'avenant, destiné à réviser le régime de protection sociale collective et obligatoire au sein de la branche et présentant un degré élevé de solidarité, quelle que soit la taille de l'entreprise, celui-ci ne comporte pas de dispositions spécifiques pour les entreprises de moins de cinquante salariés.

Le présent avenant est également consultable sur le site de la branche : <https://branchedelimmobilier.fr/accords/>.

Les parties signataires solliciteront l'extension du présent avenant au ministre du travail dans les meilleurs délais, selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le présent avenant est communiqué à ce dernier et au secrétariat-greffe du conseil de prud'hommes de Paris.

*Fait à Paris, le 25 février 2026.*

(Suivent les signatures.)